



Número: **0850340-34.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON ODILON DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37673 886	10/12/2020 11:31	<a href="#">2771413_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190710927

Vítima: JAILSON ODILON DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON ODILON DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15275837

Pag. 01629/01630 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190710927

Vítima: JAILSON ODILON DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON ODILON DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
<b>Laudo do IML - Lesões corporais</b>	Apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal - IML, em cópia simples, com nome completo da vítima, pois não foi entregue. Na impossibilidade de apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, a vítima deverá apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais e da Declaração de Ausência de Laudo do IML.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15283324

Pag. 00275/00276 - carta\_03 - INVALIDEZ

00020138





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190710927

Vítima: JAILSON ODILON DA SILVA

Data do Acidente: 11/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON ODILON DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
<b>Laudo do IML - Lesões corporais</b>	Apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal - IML, em cópia simples, com nome completo da vítima, pois não foi entregue. Na impossibilidade de apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, a vítima deverá apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais e da Declaração de Ausência de Laudo do IML.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00305/00306 - carta\_03 - INVALIDEZ

00080153



Carta nº 15396786





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190710927**

**Vítima: JAILSON ODILON DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/11/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JAILSON ODILON DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00387/00388 - carta\_25 - INVALIDEZ





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.571.754/06 4 - Nome completo da vítima: Jailson Odilon da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jailson Odilon da Silva 6 - CPF: 045.571.754/06  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- Patúcio Arcaño de Souza 9 - Número: 572 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Riachão do Poço 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58348-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 877608 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

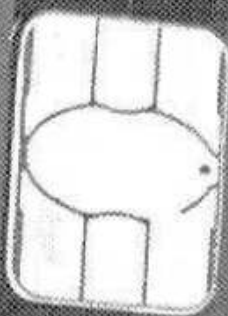
FPS.001 V002/2019







# Bradesco



## Cartão de Pagamento de Benefícios

# 5090 9307 1256 2105

01/24 2159 8 877608 3 01 00

VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DÍG.

CONTA

DÍG.

VIA

TIPO

## JAILSON ODILON DA SILVA

626076727-0 MES PROVA VIDA:01









SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13880.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13880.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:19 horas do dia 04 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Jailson Odilon da Silva**, CPF nº 045.571.754-06, RG nº 2556068 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Garçom, filho(a) de Judith Artur Pereira e Antonio Odilon da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 31/01/1984 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. Patrício Arcanjo de Souza, Nº 572, complemento Casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo a Casa do Ex Prefeito, na cidade de Riachão do Poço/PB, telefone(s) para contato (83) 99161-4590.

#### **Dados do(s) Fatos:**


Local: Próximo Ao Hospital Metropolitano, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/11/18 02:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que estava como carona em uma motocicleta, HONDA 160, na BR, 230, quando foi surpreendido por dois meliantes que colocaram uma corda atravessando a BR, onde o condutor da motocicleta não teve como evitar o acidente fazendo com que o noticiante (carona) caísse ao solo, onde terceiros ligou para o SAMU, que logo após foi conduzido para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde foi atendido e diagnosticado com Fratura de Platô tibial direito - CID: 10 S82.1 conforme LAUDO MEDICO emitido pelo Dr. Juan Jaime Alcoba Acre - CRM: 3323/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de dezembro de 2019.

  
ADONIS COELHO REGADAS  
Agente de Investigação

  
JAILSON ODILON DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 13880.01.2019.1.00.401

1/1





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 027699.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 027699.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 15:32 min do dia 01/06/2020, na Delegacia Online, **JAILSON ODILON DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão GARÇON, natural de João Pessoa, nascido(a) em 31/01/1984, idade 36, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de JUDITH ARTUR PEREIRA e ANTONIO ODILON DA SILVA, CPF 045.571.754-06, residente e domiciliado (a) no(a) RUA PATRICIO ARCANJO DE SOUZA, nº 572, bairro CENTRO, na cidade de Riachão do Poço/PB, CEP: 58348000, telefone(s) 83991614590, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 11/11/2018 02:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PROXIMO AO HOSPITAL METROPOLITANO, VARZEA NOVA, Santa Rita/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Declara que vinha na garupa da moto HONDA CG 160 START, ANO/MOD 2017/2018, COR PRETA, PLACA OFX 3701/PB, CHASSI 9C2KC2500JR1C3970, em nome de KATIA ARAUJO DUTRA, CPF 01231889462, QUANDO foi surpreendido por dois meliantes que colocaram uma corda atravessando a BR, onde o condutor da motocicleta não teve como evitar o acidente momento que cai da moto, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Sendo o que havia a constar, cientificado o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

  
JAILSON ODILON DA SILVA

60583350CCA0A7259A57DC0470C3B156

Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle, [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 99328-7272 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.571.754/06 4 - Nome completo da vítima: Jailson Odilon da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Jailson Odilon da Silva 6 - CPF: 045.571.754/06  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- Patúcio Arcaño de Souza 9 - Número: 572 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Riachão do Poço 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58348-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Bradesco  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:   AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 877608 3  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

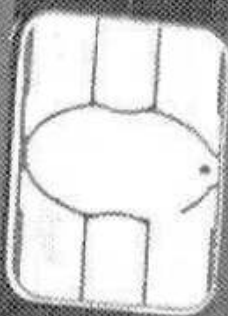
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





# Bradesco



## Cartão de Pagamento de Benefícios

# 5090 9307 1256 2105

01/24 2159 8 877608 3 01 00

VÁLIDO ATÉ AGÊNCIA DÍG.

CONTA

DÍG.

VIA

TIPO

## JAILSON ODILON DA SILVA

## 626076727-0 MES PROVA VIDA:01

PREVIDENCIA SOCIAL







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 045.573.754-06 Nome completo da vítima: Jailson Odilon da Silva

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome: Jailson Odilon da Silva Número: 045.573.754-06 Complemento: \_\_\_\_\_

Profissão: Recurso Endereço: R- Patrício Arcanjo de Souza

Bairro: Centro Cidade: Riachão do Poço Estado: PB CEP: 58348-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 83 986634900

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POR PAGAR (para quem não tem conta bancária, assinalar esta opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (para quem tem conta bancária)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Atestando, por este documento, que não houve pericia do IML para fins de cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Não houve pericia do IML para fins de cobertura do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que a avaliação médica apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Local de residência: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e data: João Pessoa - PB 20/03/2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Jailson Odilon da Silva*

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_

Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

**NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

ENC Nº01 V001/2018





Número do documento: 20121011312234700000035941146



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	18/08/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON ODILON DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000041664-3

---

---

Nr. da Autenticação ED61772FBA1681E6



RUA CARLOS DE SOUZA, 572 - CENTRO  
Riachão do Poço / PB CEP: 58348000 (AG 51)

**energisa**

Ligação MONOFÁSICO

Clas/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Roteiro: 18-283-661-7240

Referência: Nov/2019

Medidor: 0000868118

Emissão: 28/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB CEP: 58071-40

CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.823

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica: 703439232

Cód. para Déb. Automático: 0004423471

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196**

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a:

Apresentação:

Data prevista da  
próxima leitura:

CPE/CPM: 149

Nov / 2019

28/11/2019

30/12/2019

021.545.184-11

UC (Unidade Consumidora):

5/442347-1

Canal de contato

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Anterior

Atual

Consumo

Consumo

Dígit

Data

Leitura

Data

Leitura

1

74

31

Demonstrativo

CC - Descrição

Quantidade Tarifa

Valor Base Calc. Alz. (R\$) Base Calc. Pot (R\$) Colim (R\$)

Tributos Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS

Pis/Coins (R\$) (0,839736) (0,867056)

0601 Consumo em kWh

74.000 0.775880

57.41 57.41 25 14.35 57.41 0.48 2.22

0801 Adc B Amarela

0.12 0.12 25 0.03 0.12 0.00 0.00

0801 Adc B Vermelha

3.95 3.95 25 0.39 3.95 0.03 0.15

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0904 JUROS DE MORA 10/2019

0.00 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00

0905 MULTA 10/2019

1.25 0.00 0 0.00 0.00 0.00 0.00

Código de Classificação do Item TOTAL

82.99 81.43 15.37 81.43 0.51 2.37

0.545400







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

ES

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Jailson Odilon da Silva  
DATA DE NASCIMENTO 31/01/84  
NOME DA MÃE Judith Artur Pereira

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112212  
BOLETIM DE ENTRADA N.º 1121494  
DATA DO ATENDIMENTO 11/11/18  
HORA DO ATENDIMENTO 05:04  
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto  
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de platô tibial direito  
CID 10 S82.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado do Ortotrauma, apresentando trauma em joelho direito, com dor e deformidade. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX joelho D.


### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: fratura de platô tibial D.

### TRATAMENTO:

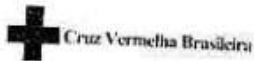
Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial direito

ALTA HOSPITALAR: 03/12/18  
DATA DA EMISSÃO: 22/02/19

  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS,  
MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM  
CNPJ: 445365 - Tel: 8332185700



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Impresso por: JOAO  
BARTOLOMEU PINTO RABELO  
Em: 12/11/2018 07:25:00

Paciente <b>JAILSON ODILON DA SILVA</b>	Boletim de Atendimento <b>1121494</b>	Data/Hora Entrada <b>11/11/2018 05:04:10</b>	Data/Hora Saída
Data de nascimento <b>31/01/1984</b>	Idade <b>34</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>706803465107389</b>
Tempo de Internação	Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>112212</b>	Plantão <b>DIURNO</b>
Data de Entrada <b>11/11/2018 05:04:10</b>	Data Internação <b>11/11/2018 08:09:30</b>	Permanência na Unidade: <b>1d 2h 21min</b>	Permanência no Leito: <b>23h 15min</b>

### EVOLUÇÃO MEDICA (JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO - 12/11/2018 07:24:49)

#### EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:


PACIENTE EVOLUINDO ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, AGUARDANDO EXAMES PRÉ OP.

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: LEITO EXTRA 05  
Profissional responsável pela informação: JOAO BARTOLOMEU PINTO RABELO

Número Conselho: 4518





	<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>	Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO			10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CID 10 SECLNDARIO	
15 - UF			16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (A/H)				
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO				
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR			19 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA			21 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
22 - DIAGNÓSTICO INICIAL			23 - CID 10 PRINCIPAL	
			24 - CID 10 SECUNDARIO	
			25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)				
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III				
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
37 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<p> <i>Tm c</i>  <i>ex 3,5 Placa DCP 6 Furos - 01</i>  <i>Panduro cortical N° 40 - 02</i>  <i>Expende R 320 40 - 01</i>  <i>ex 4,5 Placa em L 4x2</i> </p> <div style="float: right; text-align: right;"> <i>ex 4,5</i>  <i>Expendes</i>  <i>R 32</i>  <i>45 - 01</i>  <i>70 - 01</i> </div>				
PROFISSIONAL SOLICITANTE				
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			39 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
40 - DOCUMENTO			41 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
42 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			45 - CÓD. ORÇAMENTO	
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
48 - DOCUMENTO			49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	







HOSPITAL  
DE SANTA

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

REF: 151

NOME: JAILSON ODILON DA SILVA BE/PRONTUÁRIO: 1121494  
IDADE: 34 SEXO: M COR:  DATA: 29/11/2018  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO  
CIRURGIÃO: DR THALES SEABRA 1º ASS: DR LAURI FERREIRA  
2º ASS:  3º ASS:   
INSTRUMENTADOR:  ANESTESISTA:   
TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO:  TÉRMINO:

Fe	DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO	CID
C	FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO	

### ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO

DESCRIÇÃO:

BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

☒ ENFERMARIA ☐ TERAPIA INTENSIVA  
☐ RESIDÊNCIA ☐ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:  DATA: 29/11/2018



© 2000 Blackwell Science Ltd  
Journal of Internal Medicine 247: 105–112

PRONTUÁRIO: 17245888



PatientID: 000000080132  
PatientName: JAILSON ODILON DA SILVA

Sex: Masculino  
BirthDate: 31.01.1984  
Age: 34a.



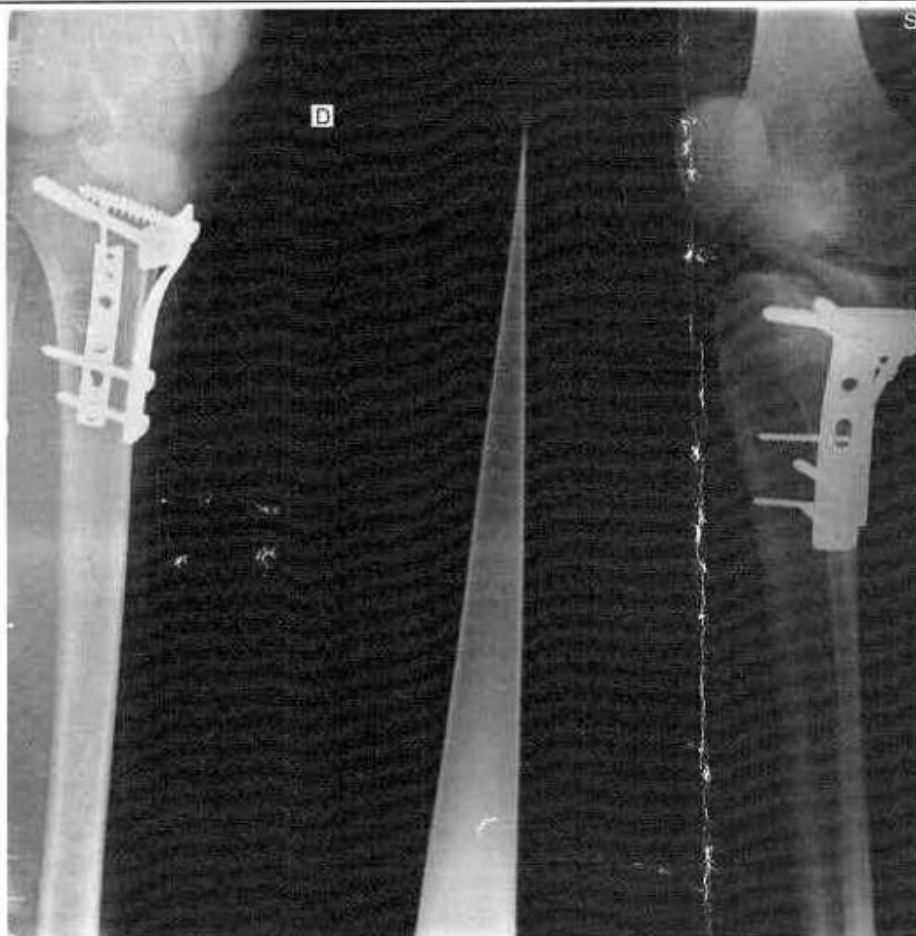
HTOP



PatientID: 000000080132  
Name: JAILSON ODILON DA SILVA

Sex: Masculino  
BirthDate: 31.01.1984  
Age: 34a.

StudyDate: 0



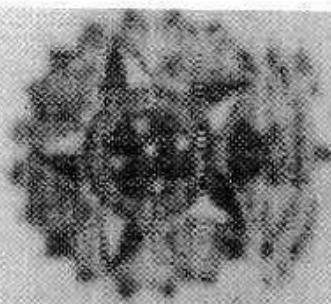
**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**  
**045.571.754-06**

**Nome**  
**JAILSON ODILON DA SILVA**

**Nascimento**  
**31/01/1984**





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

2556068

14 MAIO 1998

NOME JAILSON ODILON DA SILVA

FILIAÇÃO Antonio Odilon da Silva  
Judith Artur Pereira

João Pessoa PB.  
NATURALIDADE

31.01.1984  
DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 13136-Fls. 271. Liv. 14.A

DOS ORIGEM  
C. Art. Sobrado Pb

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2116 DE 29/08/83

(1) - Cadastrado em 14/05/1998





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P.917.



*Suelio Moreira Torres*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190710927 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILSON ODILON DA SILVA **Data do acidente:** 11/11/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS). PÁG 2/PÁG 4/5-ANEXO ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL EM GRAU MODERADO DO JOELHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0460797/19  
**Vítima:** JAILSON ODILON DA SILVA  
**CPF:** 045.571.754-06  
**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.  
**Data do acidente:** 11/11/2018  
**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** JAILSON ODILON DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### JAILSON ODILON DA SILVA : 045.571.754-06

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/12/2019  
Nome: JAILSON ODILON DA SILVA  
CPF: 045.571.754-06

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/12/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

JAILSON ODILON DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

