



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="#"><u>2771413_CONTESTACAO_Anexo_02</u></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, contados 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 n° 15275837



Pag 01629/01630 - Carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012101131223470000035941146>  
Número do documento: 2012101131223470000035941146

Núm. 37673886 - Pág. 1



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011312234700000035941146>  
Número do documento: 20121011312234700000035941146

Num. 37673886 - Pág. 2



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 15336786



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011312234700000035941146>  
Número do documento: 20121011312234700000035941146

Num. 37673886 - Pág. 3



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

00010194



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012101131223470000035941146>  
Número do documento: 2012101131223470000035941146

Núm. 37673886 - Pág. 4



## 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:

Julson Odilon da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Julson Odilon da Silva

6 - CPF:

045.571.754-06

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

R- Patrício Arcanjo de Souza 572

9 - Número:

572

10 - Complemento:

Triângulo do Poco

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Triângulo do Poco

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58348-000

15 - E-mail:

83986634900

DADOS CADASTRAIS

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  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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)

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2159

CONTA: 877608

(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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 6.139/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

## 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: 30 - Vítima deixou nascituro (a(n) nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avôs 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 -

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

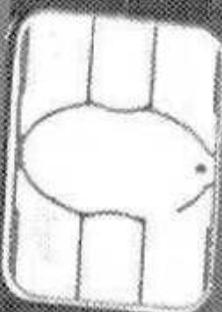
FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Bradesco



*Cartão de Pagamento de Benefícios*

5090 9307 1256 2105

01/24 2159 8 877608 3 01 00

VALIDO ATÉ

AGÊNCIA DÍG.

CONTA

DIG.

VIA TÍPO

JAILSON ODILON DA SILVA

626076727-0 MES PROVA VIDA:01

**elio**

PREVIDÊNCIA 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:  Nome completo da vítima: *Jailson Odilon da Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Profissão: <i>Recurso</i>	Endereço: <i>R- Patrício Arcanjo de Souza</i>	Número: <i>572</i>	Complemento: <i></i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Riachão do Poco</i>	Estado: <i>PB</i>	CEP: <i>58348-000</i>
E-mail:		Tel. (DDD): <i>(83)986634900</i>	

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

### RENDIMENTOS ADASTRAIS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA PARA ATIVAR (Indicar para o beneficiário, possuir uma opção:  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Indicar uma opção)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: *2159* CONTA: *877 608*  
(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.

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

Informo, que o preenchimento, nessa seção, implica na declaração de que não haverá necessidade de laudo pericial para a concessão 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

NOTA: Nessa seção, informar o preenchimento da seção de laudo pericial ou não, por invalidez permanente, sem levar em consideração o laudo apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custas de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, 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

Vítima faleceu  Vítima não faleceu  Vítima em tratamento  Vítima em recuperação  Vítima em internação

Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---

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

<p>Local e Data: <i>Jaré-PB - 20/04/2020</i>            Nome: _____            CPF: _____</p> <p><i>Jailson Odilon da Silva</i></p> <p><i>Jailson Odilon da Silva</i></p>	TESTEMUNHAS	
	1º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura: _____
	2º   Nome: _____ CPF: _____	Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

REC n°01 V001/2018





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) Fato(s):**

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) caisse ao solo, onde terceiros ligo 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 MÉDICO 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, expeço 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 Bettownen 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 DF 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:

Julson Odilon da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Julson Odilon da Silva

6 - CPF:

045.571.754-06

7 - Profissão:

Recurso

8 - Endereço:

R- Patrício Arcanjo de Souza 572

9 - Número:

572

10 - Complemento:

Triângulo do Poco

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Triângulo do Poco

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58348-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDI):

83986634900

DADOS CADASTRAIS

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  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

877 608

(3)

(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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende 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 6.130/74, 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

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: 30 - Vítima deixou nascituro (a) / nascido?  Sim  Não      31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não      32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não  
Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos: pais/avôs vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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  
NÃO ALFABETIZADO

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

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

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

40 - Local e Data:

Felipe Ferreira - PB 12/12/19  
Julson Odilon da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

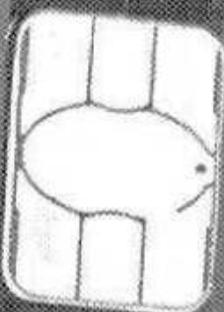
44 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Bradesco



*Cartão de Pagamento de Benefícios*

5090 9307 1256 2105

01/24 2159 8 877608 3 01 00

VALIDO ATÉ

AGÊNCIA DÍG.

CONTA

DIG.

VIA TÍPO

JAILSON ODILON DA SILVA

626076727-0 MES PROVA VIDA:01

**elio**

PRAVIDÊNCIA 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:  Nome completo da vítima: *Jailson Odilon da Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Profissão: <i>Recurso</i>	Endereço: <i>R- Patrício Arcanjo de Souza</i>	Número: <i>572</i>	Complemento: <i></i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Riachão do Poco</i>	Estado: <i>PB</i>	CEP: <i>58348-000</i>
E-mail:		Tel. (DDD): <i>(83)986634900</i>	

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

### RENDIMENTOS ADASTRAIS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

CONTA POUR VALE (para receber pelo cartão débito, mediante uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (para receber):

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: *2159* CONTA: *877 608*  
(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.

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

Informo, sob pena de multa, que não tenho intenção de apresentar laudo pericial para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, 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.

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

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

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

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:  
 Vivo(s):  Falecidos:  Sim  Não  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 essa condição, esclarecendo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: <i>Jaré-PB 20/04/2020</i>	TESTEMUNHAS
Nome: <i></i>	1º   Nome: <i></i>
CPF: <i></i>	CPF: <i></i>
Assinatura da quem assina o RODO <i>Jailson Odilon da Silva</i>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

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

REC n°01 V001/2018





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



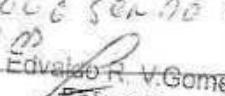
GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8222165700

Boletim de Atendimentos: 1121484



### **Identificação do paciente**

Identificação do paciente				Sexo Masculino
ID 1344514	Nome JAILSON ODILON DA SILVA			
Data de nascimento 31/01/1984	Idade 34 anos 9 meses 8 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JUDITH ARTUR PEREIRA				Paiz ANTONIO ODILON DA SILVA
Escolaridade				Responsável (Parentesco) EDMUNDO SILVA DO NASCIMENTO - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87624949	DDD Fijo 00	Fone Fixo 00000000	
Tipo documento: RG (IDENTIDADE)	Número documento: 2556068	Nº Crns		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISO BURITY (ORTOTRAUMA)			Tipo UNIDADESAUDE	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBOR	
Endereço				
CEP 58087110	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANA NERY	
Número 78	Complemento		Bairro CITIZERO	
Admissão				
Data e Hora 11/11/2018 05:04:10	Número da pulseira <b>1000006836701</b>	Comunicação SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco			Ongem do paciente <b>OUTRA UNIDADE DE SAUDE</b>	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Detalhe do acidente <b>OUTROS</b>		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte <b>AMBULANCIA</b>	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
<p><i>AS CS TO. POC. ON 7 VI MA 76 DCOPIG 36 MESES COM TOS MIN. TORACICO DIREITO ADIREITO, COLOCANDO EVOLUIU EMBOS, SEDO E SENDO AVALIADO PELA ORTOPEDIA. SI TINTO COADUNO C/M</i></p>				
Diagnóstico				CD
Atendido por	Edvaldo R. V. Gomes Enfermeiro Caren / PB 176708			Tempo 47seg
HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO				

Impresión

11/11/2018 05:05



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012101131223470000035941146>  
Número do documento: 2012101131223470000035941146

# 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011312234700000035941146>  
Número do documento: 20121011312234700000035941146

Num. 37673886 - Pág. 14

RUA DAS LAVADEIRAS S/2 - CENTRO  
RUA DO POÇO, PB CEP: 58040000 (AG. 51)



Ugaces MONOFASICO  
Cta/Soc: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro: 18 - 283 - 661 - 7240 Referencia: Nov/2019  
Medidor: 00009669118 Emissao: 28/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
8/230 Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.195.183/0001-40 - Ins Est 16.016.823

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica M03438232  
Cód. para Débito Automático: 0004423471

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196

Conta referente a:

Apresentação

Data prevista da  
última leitura

CPF/CNPJ:

Nov / 2019

28/11/2019

30/12/2019

021.646.184-11

UC (Unidade Consumidora):

5/442347-1

Canal de contato:

Saraupe é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se proteja.

Data

Lerida

Data

Lerida

Ajuste

Correção

Desconto

CCD - Descrição

Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Alíq. Imp(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	CSLR(R\$)
Tabutos Total(R\$)	(CMGS(R\$))	(CMGS PIS(Cofins(R\$)))	(0,0007%)	(0,0007%)	

0601 Consumo em kWh

74.000 0.775890 57,41 57,41 25 14,35 57,41 0,48 2,22

0803 Adc. B Amarela

0,13 0,13 25 0,03 0,13 0,00 0,00

0801 Adc. B Vermelha

3,95 3,95 25 0,99 3,95 0,03 0,15

#### LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0804 JUROS DE MORA 10/12/19

0,89 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

0805 MULTA 10/12/19

1,35 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

Código de Classificação do item TOTAL 62,99 21,43 15,37 81,49 0,51 2,37  
100 0,545400



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011312234700000035941146  
Número do documento: 20121011312234700000035941146

Num. 37673886 - Pág. 15



## 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:  Nome completo da vítima: *Jailson Odilon da Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Profissão: <i>Recurso</i>	Endereço: <i>R- Patrício Arcanjo de Souza</i>	Número: <i>572</i>	Complemento: <i></i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Riachão do Poco</i>	Estado: <i>PB</i>	CEP: <i>58348-000</i>
E-mail:		Tel. (DDD): <i>(83)986634900</i>	

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

### RENDIMENTOS ADASTRAIS

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 PARA ATIVAR (Inserir o número da conta bancária, possivelmente uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Inserir o número)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: *2159* CONTA: *877 608*  
(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.

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

Informo, sob pena de multa, que não tenho intenção de apresentar laudo pericial de avaliação médica para requerer indenização por invalidez permanente ao 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 atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

NOTA: Nessa declaração, autorizo a preseguradora a aceitar ou recusar meu pedido de indenização por invalidez permanente, sem me ligar ao resultado da avaliação médica que venha a ser realizada. Caso seja necessário, posso apresentar o laudo pericial de avaliação médica, por iniciativa própria, sempre que o resultado da avaliação apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custas de Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, 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

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:  
 Vivo(s):  Falecidos:  Sim  Não  Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

<small>Indicação da vítima beneficiária ou declarante</small> Local e Data: <i>Jailson Pessoa - PA 20/04/2020</i> Nome: _____ CPF: _____	<b>TESTEMUNHAS</b> 1º   Nome: _____ CPF: _____ <small>Assinatura</small>	
	2º   Nome: _____ CPF: _____ <small>Assinatura</small>	
	Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)	

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

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

REC n°01 V001/2018



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

## 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

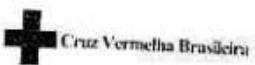
  
Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



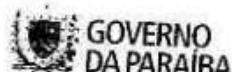
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012101131223470000035941146>  
Número do documento: 2012101131223470000035941146

Num. 37673886 - Pág. 17



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

AV. ORESTES LISBOA, Sn - PEDRO GONDIM  
CNES: 445365 - Tel: 8332165700



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>700803465197389</b>
Tempo de Internação		Convênio <b>SUS</b>	Prontuário <b>112212</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>	Plantão <b>DIURNO</b>
			Permanência no Leito: <b>23h 16min</b>

### Evolução médica (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: ÁREA 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 <i>Htop</i>			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <i>Htop</i>			4 - CNES	
<b>Identificação do Paciente</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Jairson Andrade da Silveira</i>			6 - N° DO PONTO GUARDIA <i>31250199</i>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			10 - SEXO Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> [31]	
11 - ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO N.º DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO   15 - UF   16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)				
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>				
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	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>				
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 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			31 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			35 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL			37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO				
<p><i>Tmc</i>  <i>cx 3,5 Bloco DCP 6 Furos - 03</i>  <i>Pondusso cortical n.º 40 - 02</i>  <i>" Exponga e 3202 n.º 40 - 01.</i>  <i>cx 4,5 Place em L ② 4x2.</i></p> <p><i>cx 4,5</i>  <i>Expongo</i>  <i>232</i>  <i>45 - 01</i>  <i>70 - 01</i></p>				
39 - N.º DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>Prado Júnior corticof - 39-01</i>			40 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>29/11/18</i>	
41 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS   <input type="checkbox"/> CPF			42 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <i>92 - 01</i>	
43 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
45 - CÓD. ORGÃO EMISSOR			46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
47 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS   <input type="checkbox"/> CPF			48 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
49 - ASSINATURA E CARIMBO N.º DO REGISTRO DO CONSELHO				





HOSPITAL DE BASE

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

REF ID: 1234567890

NOME: JAILSON ODILON DA SILVA BE/PRONTUÁRIO 1121494  
IDADE: 34 SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 29/11/2018  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA  
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO 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	<u>FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO</u>	

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL DIREITO</u>	

### ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO

Descrição: \_\_\_\_\_  
Biópsia de congelação: \_\_\_\_\_

### ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA  
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_

DATA: 29/11/2018



## GENERIC PLANT NAMES



## FICHA DE ANESTESIA

DATA: 11/1 1968

PRONTUÁRIO:

IPADM

PACIENTE:		SENO:	COR:	IDADE:					
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO					
ESTADO GERAL	(BOM)	REGULAR	IMAI	PESSIMO	RISCO CIRÚRGICO	(BOM)	REGULAR	IMAI	PESSIMO
EXAMES COMPLEMENTARES									
AP. RESPIRATÓRIO	AP. CIRCULATORIO								
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL								
PRE-ANESTÉSICO	DROGAS EM USO								
MÍSE - HORA	ESTADO FÍSICO								
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO									
CIRURGIA REALIZADA	dúp s/ oncost								
CIRURGÃO	AUXILIARES								
INÍCIO DA ANESTESIA	TÉRMINO DA ANESTESIA 13h DURAÇÃO DA ANESTESIA 2hrs								
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	QUANT DE CH VALORES RS								
ANESTESISTA	CRM-PB 5972								
450-22-224	CRM	CPF							
50	60	70							
60	70	80							
70	80	90							
80	90	100							
90	100	110							
100	110	120							
110	120	130							
120	130	140							
130	140	150							
140	150	160							
150	160	170							
160	170	180							
170	180	190							
180	190	200							
190	200	210							
200	210	220							
210	220	230							
220	230	240							
230	240	250							
240	250	260							
250	260	270							
260	270	280							
270	280	290							
280	290	300							
290	300	310							
300	310	320							
310	320	330							
320	330	340							
330	340	350							
340	350	360							
350	360	370							
360	370	380							
370	380	390							
380	390	400							
390	400	410							
400	410	420							
410	420	430							
420	430	440							
430	440	450							
440	450	460							
450	460	470							
460	470	480							
470	480	490							
480	490	500							
490	500	510							
500	510	520							
510	520	530							
520	530	540							
530	540	550							
540	550	560							
550	560	570							
560	570	580							
570	580	590							
580	590	600							
590	600	610							
600	610	620							
610	620	630							
620	630	640							
630	640	650							
640	650	660							
650	660	670							
660	670	680							
670	680	690							
680	690	700							
690	700	710							
700	710	720							
710	720	730							
720	730	740							
730	740	750							
740	750	760							
750	760	770							
760	770	780							
770	780	790							
780	790	800							
790	800	810							
800	810	820							
810	820	830							
820	830	840							
830	840	850							
840	850	860							
850	860	870							
860	870	880							
870	880	890							
880	890	900							
890	900	910							
900	910	920							
910	920	930							
920	930	940							
930	940	950							
940	950	960							
950	960	970							
960	970	980							
970	980	990							
980	990	1000							
990	1000	1010							
1000	1010	1020							
1010	1020	1030							
1020	1030	1040							
1030	1040	1050							
1040	1050	1060							
1050	1060	1070							
1060	1070	1080							
1070	1080	1090							
1080	1090	1100							
1090	1100	1110							
1100	1110	1120							
1110	1120	1130							
1120	1130	1140							
1130	1140	1150							
1140	1150	1160							
1150	1160	1170							
1160	1170	1180							
1170	1180	1190							
1180	1190	1200							
1190	1200	1210							
1200	1210	1220							
1210	1220	1230							
1220	1230	1240							
1230	1240	1250							
1240	1250	1260							
1250	1260	1270							
1260	1270	1280							
1270	1280	1290							
1280	1290	1300							
1290	1300	1310							
1300	1310	1320							
1310	1320	1330							
1320	1330	1340							
1330	1340	1350							
1340	1350	1360							
1350	1360	1370							
1360	1370	1380							
1370	1380	1390							
1380	1390	1400							
1390	1400	1410							
1400	1410	1420							
1410	1420	1430							
1420	1430	1440							
1430	1440	1450							
1440	1450	1460							
1450	1460	1470							
1460	1470	1480							
1470	1480	1490							
1480	1490	1500							
1490	1500	1510							
1500	1510	1520							
1510	1520	1530							
1520	1530	1540							
1530	1540	1550							
1540	1550	1560							
1550	1560	1570							
1560	1570	1580							
1570	1580	1590							
1580	1590	1600							
1590	1600	1610							
1600	1610	1620							
1610	1620	1630							
1620	1630	1640							
1630	1640	1650							
1640	1650	1660							
1650	1660	1670							
1660	1670	1680							
1670	1680	1690							
1680	1690	1700							
1690	1700	1710							
1700	1710	1720							
1710	1720	1730							
1720	1730	1740							
1730	1740	1750							
1740	1750	1760							
1750	1760	1770							
1760	1770	1780							
1770	1780	1790							
1780	1790	1800							
1790	1800	1810							
1800	1810	1820							
1810	1820	1830							
1820	1830	1840							
1830	1840	1850							
1840	1850	1860							
1850	1860	1870							
1860	1870	1880							
1870	1880	1890							
1880	1890	1900							
1890	1900	1910							
1900	1910	1920							
1910	1920	1930							
1920	1930	1940							
1930	1940	1950							
1940	1950	1960							
1950	1960	1970							
1960	1970	1980							
1970	1980	1990							
1980	1990	2000							
1990	2000	2010							
2000	2010	2020							
2010	2020	2030							
2020	2030	2040							
2030	2040	2050							
2040	2050	2060							
2050	2060	2070							
2060	2070	2080							
2070	2080	2090							
2080	2090	2100							
2090	2100	2110							
2100	2110	2120							
2110	2120	2130							
2120	2130	2140							
2130	2140	2150							
2140	2150	2160							
2150	2160	2170							
2160	2170	2180							
2170	2180	2190							
2180	2190	2200							
2190	2200	2210							
2200	2210	2220							
2210	2220	2230							
2220	2230	2240							
2230	2240	2250							
2240	2250	2260							
2250	2260	2270							
2260	2270	2280							
2270	2280	2290							
2280	2290	2300							
2290	2300	2310							
2300	2310	2320							
2310	2320	2330							
2320	2330	2340							
2330	2340	2350							
2340	2350	2360							
2350	2360	2370							
2360	2370	2380							
2370	2380	2390							
2380	2390	2400							
2390	2400	2410							
2400	2410	2420							
2410	2420	2430							
2420	2430	2440							
2430	2440	2450							
2440	2450	2460							
2450	2460	2470							
2460	2470	2480							
2470	2480	2490							
2480	2490	2500							
2490	2500	2510							
2500	2510	2520							
2510	2520	2530							
2520	2530	2540							
2530	2540	2550							
2540	2550	2560							
2550	2560	2570							
2560	2570	2580							
2570	2580	2590							
2580	2590	2600							
2590	2600	2610							
2600	2610	2620							
2610	2620	2630							
2620	2630	2640							
2630	2640	2650							
2640	2650	2660							
2650	2660	2670							
2660	2670	2680							
2670	2680	2690							
2680	2690	2700							
2690	2700	2710							
2700	2710	2720							
2710	2720	2730							
2720	2730	2740							
2730	2740	2750							
2740	2750	2760							
2750	2760	2770							
2760	2770	2780							
2770	2780	2790							
2780	2790	2800							
2790	2800	2810							
2800	2810	2820							
2810	2820	2830							
2820	2830	2840							
2830	2840	2850							
2840	2850	2860							
2850	2860	2870							
2860	2870	2880							
2870	2880	2890							
2880	2890	2900							
2890	2900	2910							
2900	2910	2920							
2910	2920	2930							
2920	2930	2940							
2930	2940	2950							
2940	2950	2960							
2950	2960	2970							
2960	2970	2980							
2970	2980	2990							
2980	2990	3000							
2990	3000	3010							
3000	3010	3020							
3010	3020	3030							
3020	3030	3040							
3030	3040	3050							
3040	3050	3060							
3050	3060	3070							
3060	3070	3080							
3070	3080	3090							
3080	3090	3100							
3090	3100	3110							
3100	3110	3120							
3110	3120	3130							
3120	3130	3140							
3130	3140	3150							
3140	3150	3160							



PatientID: 000000080132  
PatientName: JAILSON ODILON DA SILVA

Sex: Masculino  
BirthDate: 31.01.1984  
Age: 34a.

StudyDate: 21.12.2018

D

Image:2 Series:2

HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011312234700000035941146>  
Número do documento: 20121011312234700000035941146

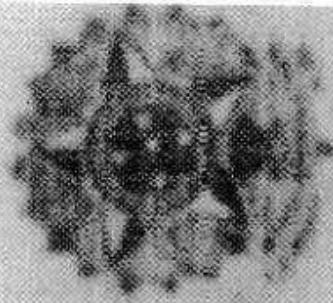
Num. 37673886 - Pág. 22

PatientID: 000000080132 Name: JAILSON ODILON DA SILVA	Sex: Masculino BirthDate: 31.01.1984 Age: 34a.	
		StudyDate:
		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011312234700000035941146>  
Número do documento: 20121011312234700000035941146

Num. 37673886 - Pág. 23

  
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

16 MAIO 1990

REGISTRO GERAL  
25608

DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME  
ATILSON ODILON DA SILVA

FILIAÇÃO  
Antonio Odilon da Silva  
Judith Arthur Pereira

JOÃO PESSOA PB.

NATURALIDADE

Cert. Nasc. 13136 - FLS. 071. Liv. 14. A

DE ORIGEM  
CAMP. Sobrado Pb

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 11.101/05 DE 29/08/2005

© Governo do Estado da Paraíba

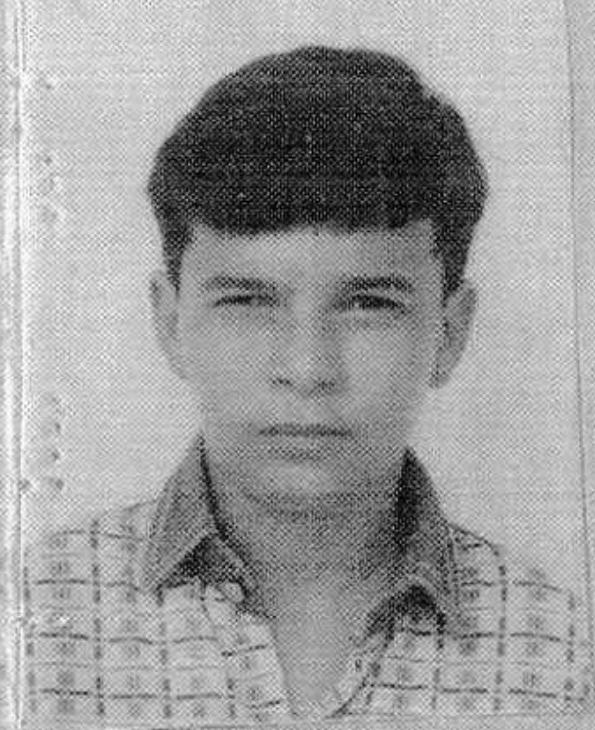


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917.



*José Sávio da Silva*  
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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/12/2020 11:31:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121011312234700000035941146>  
Número do documento: 20121011312234700000035941146

Num. 37673886 - Pág. 27

## 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

**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

