

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180043438**

Vitima: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**

Data do Acidente: **15/02/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180043438**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12297891



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JAILTON AMAMCIO DA SILVA  
Nº Sinistro: 3180043438  
Vitima: JAILTON AMAMCIO DA SILVA  
Data do Acidente: 15/02/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180043438**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180043438**  
Vítima: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**  
Data do Acidente: **15/02/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180043438**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13164791



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221200 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da vítima

Nome completo da vítima

715 759 004 - 24

Sailton Amancio da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Sailton Amancio da Silva		CPF titular da conta 715759004-24	Profissão Salvante
Endereço Rua do Campo		Número 39	Complemento
Bairro Centro	Cidade Belen	Estado Paraná	CEP 88255000
Email		Telefone (DDD) 8399945497	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRG	D/V	CONTA NRG	D/V
0038		520810	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	SINCOR/PB	NRG
AGÊNCIA NRG	16 JAN. 2018	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Sailton Amancio da Silva 12 de dezembro de 2017

Local e Data

Sailton Amancio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Wesley Franco do Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0617 - MINISTRO JOSE ANERI

DATA: 05/12/2017

HORA: 12:22:28

TERMINAL: 1004

NSU: 000664

AUT.: 0048

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

NUM.DOC : 000617

AGENCIA/CONTA CREDIADA: 8038/013/00.052.001-0

NOME: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DEPOSITANTE:

O M

VALOR TOTAL:

VALOR DINHEIRO:



Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ovidário da CAIXA: 0800 725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1ª Via - Via Cliente

SINCOR/PB

16 JAN. 2018



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01500.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Viviane Franco da Silva**, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Marinelson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presídio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rodovia Estadual Proximo a Marcos da Verdura, Outros. Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUIDA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MOVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

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, 23 de agosto de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
VIVIANE FRANCO DA SILVA  
Noticiante

**SINCOR/PB**

**16 JAN. 2018**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0771204 ou 0800 0771205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

#### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interdita com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Fulton Amâncio da Silva

CPF da Vítima

715759 004-24

Data do Acontecimento

15.02.2017

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Viviane Franco da Silva

Email

CPF do Representante Legal

086 555 354 86

Telefone (D.D.)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica as custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferção do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia ou posterior renúncia à perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SINCOR/PB

16 JAN. 2018

Fulton Amâncio da Silva 12 de dezembro de 2017  
Local e Data

Fulton Amâncio da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Viviane Franco da Silva  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



192



PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PA

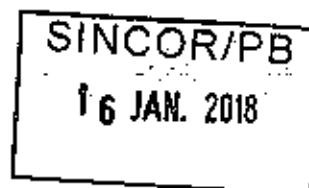
### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Jaílton Amancio da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 15/02/2017 às 17:00h, com o Sr. Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decolagem lateral, capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e ferimento desolgação, com a imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periférico, oxigênio sob máscara de reservatório, o mesmo apresentou crise convulsiva a expor, realizou avaliação e solicitou a Unidade de Suporte Avançado - USVA de Guarára, devido a quadro grave da vítima. Foi feita interceptação e o paciente foi encaminhado para a USA de Guarára.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente,

Jocymar Maria Nunes de Freitas  
Coordenadora do SAMU  
COREN 249.705



Belém, 21 de agosto de 2017

Base Descentralizada do SAMU Belém  
Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP. 58255-000  
Contato : (83) 3261-1205



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jaílton Amâncio da SilvaRG nº 003.877.524, data de expedição 28/08/17, Órgão SER/PB

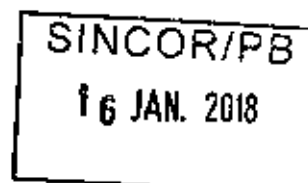
CPE nº 71575900424, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Calcepo.</u>
Número	<u>nº 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Belém - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58255-000</u>
Telefone de Contato	<u>99215 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J. Pessoa 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Jaílton Amâncio da Silva  
Jaílton Amâncio da Silva



VIVIANE FRANCO DA SILVA  
RUA DO CAMPO, 38 - CENTRO  
BELEM/PA CEP: 6625000 (AG: 22)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MO  
Rótulo: 11-58-647-4807  
Nº medidor: 00001331515

Relatório: 11-58-647-4807  
Emissão: 19/07/2017

FABRICANTOS/EDIPUS  
FABRICANTOS PRODUTOS  
RUA FELICIANO PEREIRA 187  
CENTRO BELEM PA

V.6.1 07/08/2017 07/14  
TELA 000001 LOJA 00001022000001

NÚTE 06531  
CORRESPONDENTE DO BANCO BRASESCO S.A.

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

DATA: 07/08/2017 HORA DE BRASÍLIA: 07:14

CARTÃO DE DÉBITO:  
03638000000-0 43280051000-0  
13267212017-0: 07500000000-9  
EMPRESA: ENERGISA PARÁ

VALOR DO PAGAMENTO: 43,20

RG: BRASESCO: 0753 - BELEM  
PACB 276 - F.P.  
NSU: 027500000000

QUITADIA  
0000 77

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08

Conta referente a: Apresenta  
Jul/2017 19/07/2017

UC (Unidade Consumidora):

Prezado Cliente:  
A partir deste mês, as contas estarão com um  
formato ainda mais claro e compreensível, as  
demonstrativas de consumo, dívidas, tarifas e  
figuras. O valor da tarifa passou a ser apresentado  
em duas partes: ICMS, PIS e COFINS, demonstrando  
a energia paga pelo cliente. Essa mudança tem  
valores fixos pagos pelos clientes.

Anterior Atual  
Data: 20/08/17 Cédula: 5501 Data: 19/07/17

001 Descrição Qtd  
0001 Consumo em kWh  
0001 - Alug. G. Anual

0804 JUROS DE MOROSIDADE 2017  
0804 JUROS DE MOROSIDADE 2017  
0805 MULTA 05/2017  
0805 MULTA 08/2017

CCF Código de Classificação do Item

Média últimos meses (kWh)

VERCIMENTO  
26/07/2017

TOTAL A PAGAR  
R\$ 43,20

Resumo do Consumo (kWh)

03 | 07 | 05 | 21 | 59 | 34 | 08 | 28 | 64 | 69 | 53 | 58  
Jun/17 | Mai/17 | Abr/17 | Mar/17 | Fev/17 | Jan/17 | Dez/16 | Nov/16 | Out/16 | Set/16 | Ago/16 | Jul/16

RESERVADO AO FISCO

6100 4b2e 7f49 4b52 9573 f6f0 97c9 059e

Indicadores de Qualidade

	5/2017 - Boletins	
	Límite da ANEL	Apurado
DISCONTINUIDADE	0,07	0,07
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	11,34	
DISCONTINUIDADE ANUAL	73,89	
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	3,39	1,00
DISCONTINUIDADE ANUAL	8,72	
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	13,46	
DISCONTINUIDADE ANUAL	2,29	
DISCONTINUIDADE TRIMESTRAL	12,22	

Composição do Consumo		
Classificação	Valor (R\$)	%
Tráfego de Uso da Energia	10,54	24,40
Consumo de Energia	19,81	45,60
Consumo de Transmissão	0,79	1,80
Consumo de Distribuição	2,81	6,50
Consumo de Perdas e Encargos	14,51	33,50
Outros Encargos	0,00	0,00
Total	43,20	100,00

Valor do FISC (07/2017) R\$ 16,54

ATENÇÃO

Faturas em atraso



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jailson Amancio da Silva

RG nº 123015757 data de expedição 24/4/97

Órgão SSP portador do CPF nº 099 110 834 54 com

domicílio na cidade de Belém no Estado de

PA onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Princesa nº 39

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Jailson Amancio da Silva cujo o condutor era

\_\_\_\_\_

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda NXR 150

Ano: 2012

Placa: 06C7380

Chassi: 9C2KD0550CR028176

Data do Acidente: 15.2.17

Local e Data: gasparma, 12/12/17



Jailson Amancio da Silva  
(Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima) (redamante do sinistro)



SERVIÇO NOT. E REG. M<sup>te</sup> GUEDES A. CARVALHO  
Rua SOLON DE LUCENA, 182, CENTRO, Belém - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JAILSON AMANCIO DA SILVA

Doc. Id. Belém/PB - 13/09/2017

Substitua: RACHEL GUEDES DE CARVALHO RAMOS

Selo Digital: AFG96845-64WB

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Em 15.02.2017 às 15h27min, em Belém - PA





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



## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

PACIENTE: JAILTON AMANCIO DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01

Data e Hora do Atendimento: 16.02.17

Horário: 0:16h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRO 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marcelo Átila CRM 6456.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA

**DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, tromboectomia da artéria poplitea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

**ALTA HOSPITALAR:** 18.03.17

**Data da Emissão:** 14.08.17

DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CREDENCIADO  
CRM 3920

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

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

SINCOR/PB

16 JAN. 2018



**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL: 003.977.524 DATA DE EMISSÃO: 22/08/2017

NOME: JAILTON AMANCIO DA SILVA

RELACAO: JAILSON AMANCIO DA SILVA VIVIANE FRANCO DA SILVA

NATURALIDADE: BELEM PA DATA DE NASCIMENTO: 19/07/2001

CERT. DE NASCIMENTO: L-A-15-E-218-NG-19143 BELEM-PA-CARTORIO UNICO-CARTORIO

CNPJ: 715.759.004-24

Assinado digitalmente por N. Vilma

LEI Nº 7.119 DE 2008

**Ministério da Fazenda**

**Receita Federal**

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO OPT**

Número: 715.759.004-24

Nome: JAILTON AMANCIO DA SILVA

Nascimento: 19/07/2001

SINCOR/PA  
16 JAN. 2018

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**RIO GRANDE DO NORTE**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL**

**INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE PERÍCIA**

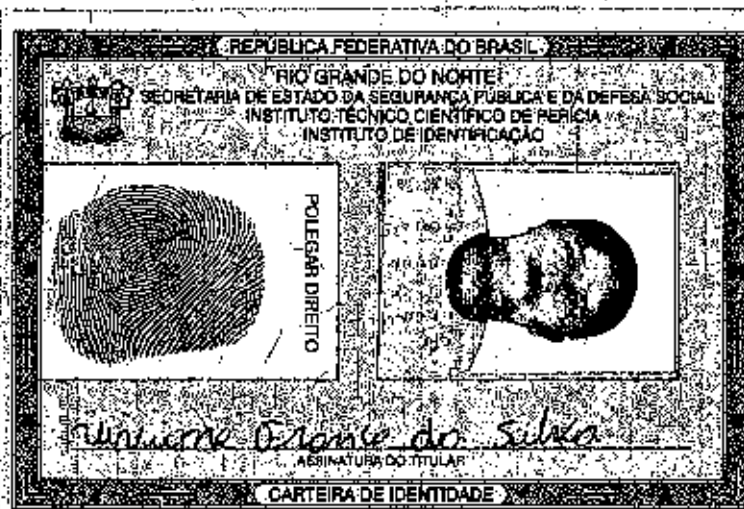
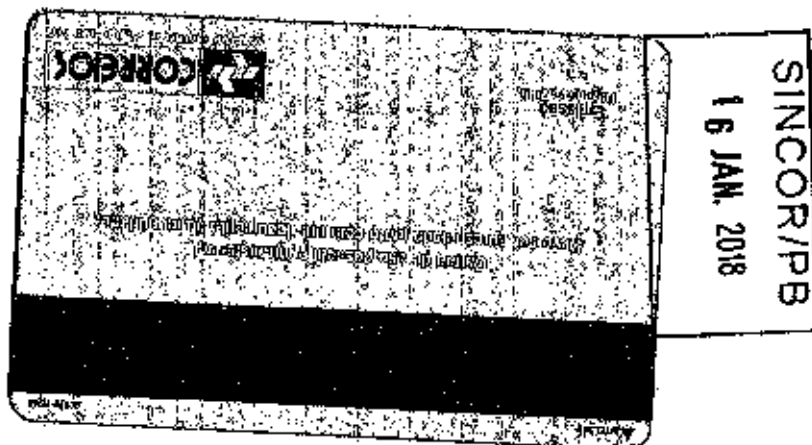
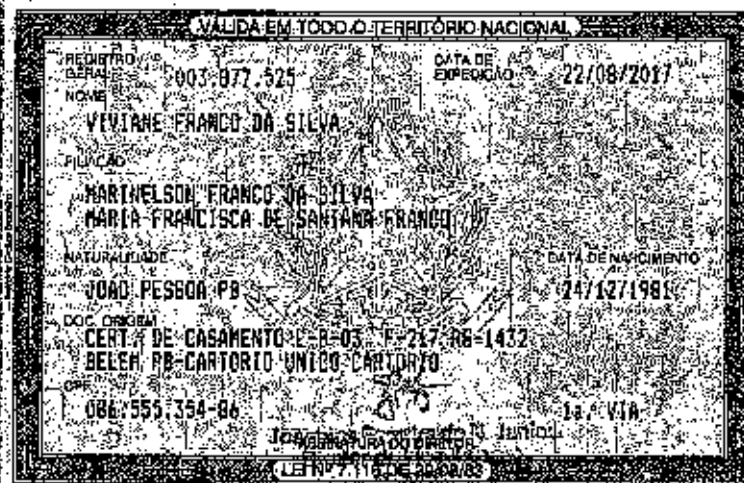
**INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO**

**POLEGAR DIREITO**

**Assinado digitalmente por N. Vilma**

**ASSINATURA DO TITULAR**

**CARTERA DE IDENTIDADE**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012973913090

CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 0050427513-5

09/00000000 2016

JAILSON AMANCIO DA SILVA

09911083454 CGC7880/PB

NOVO PB 9C2KD0550CR028176

PAS/MOTOCICLE/MAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/NKR150 BROS ES 2012-2012

2 P/149 /01 PARTE TACANTIA

IPVA PAGO EM 19/10/2016

IPVA EM 0

SEGURO PAGO 19/10/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

05/12/2016

40886

PB Nº 012973913090

CERTIFICAÇÃO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 0050427513-5

09/00000000 2016

JAILSON AMANCIO DA SILVA

09911083454 CGC7880/PB

NOVO PB 9C2KD0550CR028176

PAS/MOTOCICLE/MAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/NKR150 BROS ES 2012-2012

2 P/149 /01 PARTE TACANTIA

IPVA PAGO EM 19/10/2016

IPVA EM 0

SEGURO PAGO 19/10/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

05/12/2016

40886

SEGURO LIDER EM LATA

40886-1446272-20161205

SINCOR/PB  
16 JAN. 2018



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180043438 **Cidade:** Belém **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILTON AMAMCIO DA SILVA **Data do acidente:** 15/02/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 30/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TCE E FRATURA DE TIBIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SOLICITO BAM E PRONTUARIO MEDICO

**Observações:**

## 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**