
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



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:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
Boletim de ocorrência	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.
Laudo do IML - Lesões corporais	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

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:

Boletim de ocorrência	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.
Laudo do IML - Lesões corporais	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



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



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- Patricio Arcaño de Souza 9 - Número: 572 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Riachão do Poco 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58348-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 839 86634900

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 A 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: (informar o dígito se existir) CONTA: (informar o dígito se existir) AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 877608 3
(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.

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 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 Líder 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 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 Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 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.

34

Assinatura
vítima
Assinatura
beneficiário
Assinatura
representante

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

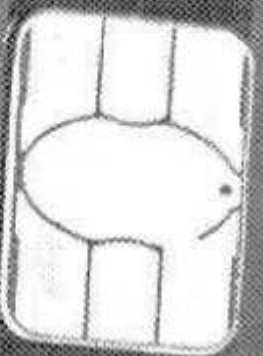
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

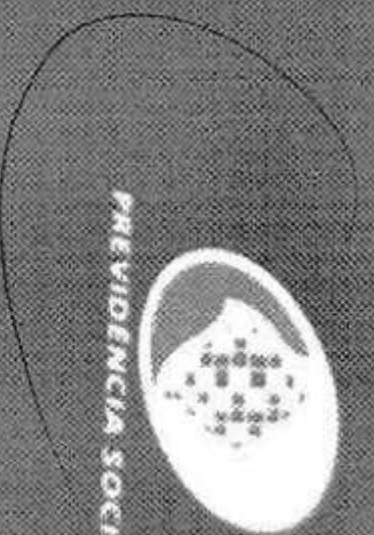
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco



Cartão de Pagamento de Benefícios



PREVIDÊNCIA SOCIAL

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

elo

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:
	045.573.754-06	Jailson Odilon da Silva

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

Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recuso	R- Patricio Arcafo de Souza	572	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Coentro	Riachão do Roco	PB	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 ABERTURA (para abrir uma nova conta, assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☒ CONTA CONJUNTA (para contas conjuntas): Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
		2159 8	877 608 3

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

Declaro, sob as penas da Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º, e da Lei nº 8.072/90, art. 1º, inciso II, que não houve lesão permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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.

- ☐ 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.

Não houve lesão permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 6.194/74, art. 3º, §1º, e da Lei nº 8.072/90, art. 1º, inciso II, que não houve lesão permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 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

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Parente ☐ Não Parente ☐ Companheiro(a) ☐ Filho(a) ☐ Sobrinho(a) ☐ Outro			
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: Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	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 essa condição, entendendo, 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Local e data:	TESTEMUNHAS
	Nome:	1ª Nome:
	CPF:	CPF:
		Assinatura
		Assinatura
		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 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.**



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



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, expõe 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. Tel. (83) 99328-7272 (8h-18). E-mail: 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- Patricio Arcaño de Souza 9 - Número: 572 10 - Complemento:
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Riachão do Poco 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58348-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 839 86634900

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 A 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): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 2159 8 CONTA: 877608 3
(informar o dígito se existir) (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.

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 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 Líder 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 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 Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 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.

34

Assinatura
vítima ou
beneficiário
ou representante

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

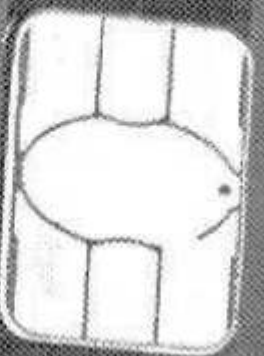
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

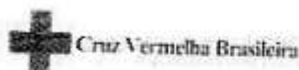
JAILSON ODILON DA SILVA

626076727-0 MES PROVA VIDA:01

PREVIDÊNCIA SOCIAL



elo



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1121494



Identificação do paciente

ID 1344514	Nome JAILSON ODILON DA SILVA	Sexo Masculino
Data de nascimento 31/01/1984	Idade 34 anos 9 meses 8 dias	Estado civil
Mãe JUDITH ARTUR PEREIRA	Religião	Prontuário
Escolaridade	Pai ANTONIO ODILON DA SILVA	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87624949	Responsável (Parentesco) EDMUNDO SILVA DO NASCIMENTO - ACOMPANHANTE
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2556068	DDD Fio 00
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)	Nº Cns	Fone Fixo 00000000
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo UNIDADESAUDE
		UF PB
		CBO/R

Endereço

CEP 58087110	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ANA NERY
Número 78	Complemento	Bairro OTIZEIRO	

Admissão

Data e Hora 11/11/2018 05:04:10	Número da pulseira 1000006836701	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	Pulso	Temperatura
--------------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

Dados clínicos

OS OS. 10. PRESENTA UM LADO DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM
TALA MTD. PACIENTE ORIENTADO CLINICAMENTE, COORDENADO
H V M. EXAME SÓBULO SENDO AVALIADO PARA OBTENÇÃO
DE INTERVENÇÃO

Diagnóstico	Edvaldo R. V. Gomes Enfermeiro Cepex / PB. 176708	CD
Atendido por HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO		Tempo 47seg

Imprimir

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

RIACHÃO DO POÇO / PB CEP: 59348000 (AG 51)

energisa

Ligação MONOFÁSICO

Clas/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Roteiro 18 - 283 - 661 - 7240

Medidor 00008669118

Referência Nov / 2019

Emissão 28/11/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

B-230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-6

CNPJ 09-995 183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.623

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 024392320

Cód. para Déb. Automático 00004423471

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a

Apresentação

Data prevista da
próxima leitura

CPF/CNPJ

Nov / 2019

28/11/2019

30/12/2019

021.645.184-11

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

Constante

Consumo

DIAS

Data
28/10/19

Leitura
3918

Data
28/11/19

Leitura
3992

1

74

31

Demonstrativo

CD Descrição

Quantidade

Tarifa

Valor Base Calc. Alíq.

ICMS(R\$)

Base Calc. Pot(R\$)

ICMS(R\$)

ICMS(R\$)

ICMS(R\$)

Tributos Total(R\$)

ICMS(R\$)

ICMS

PIS/COFINS(R\$)

(0,65%)

(0,65%)

(0,65%)

(0,65%)

0601 Consumo em kWh

74,000 0,775890

57,41

57,41

25

14,35

57,41

0,48

2,22

0602 Adc. B. Amarela

0,13

0,13

25

0,03

0,13

0,00

0,00

0603 Adc. B. Vermelha

3,95

3,95

25

0,99

3,95

0,03

0,15

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

0604 JUROS DE MORA 10/2019

0,00

0,00

0

0,00

0,00

0,00

0,00

0605 MULTA 10/2019

1,25

0,00

0

0,00

0,00

0,00

0,00

Código de Classificação do Item TOTAL

6 de Tributos

0,545400

82,99

81,43

15,37

81,43

0,51

2,37

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:
	045.573.754-06	Jailson Odilon da Silva

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

Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recuso	R- Patricio Arcafo de Souza	572	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Coentro	Riachão do Poço	PB	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 ABERTURA (para abrir uma nova conta, assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)		☒ CONTA CONJUNTA (para contas já abertas): Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>	
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
		2159 8	877 608 3

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não apresentei, nem apresentarei, ao IML, para fins de avaliação médica, qualquer documento que possa comprovar a existência de lesões 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.

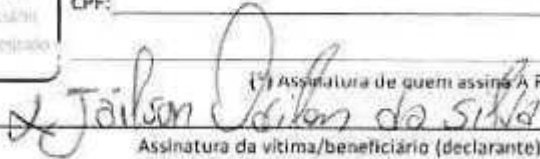
- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa)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

Não recebi assistência médica, odontológica ou psicológica em razão de acidente de trânsito ou de outra situação de emergência, por não ter sido informado, pelo IML, sobre a necessidade de atendimento médico, odontológico ou psicológico, 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

Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Parente ☐ Cônjuge (ou viúva) ☐ Filhos vivos ☐ Filhos falecidos ☐ Outros			
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 nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:		Falecidos:	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem essa condição, entendendo, 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.

Assinatura (assinatura da vítima ou beneficiário não alfabetizado)	Local e data:	20/01/2020	TESTEMUNHAS 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____ 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
	Nome:	Jailson Odilon da Silva	
	CPF:		
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 		
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 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.**



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

AV. ORESTES LISBOA, S/n - PEDRO GONDIM
CNES: 445365 - Tel: 8332165700Impresso por: JOAO
BARTOLOMEU PINTO RABELO
Em: 12/11/2018 07:25:00

Paciente JAILSON ODILON DA SILVA		Boletim de Atendimento 1121494	Data/Hora Entrada 11/11/2018 05:04:10	Data/Hora Saída
Data de nascimento 31/01/1984	Idade 34	Sexo Masculino	CNS 700803465107389	Prontuário 112212
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão DIURNO	
Data de Entrada 11/11/2018 05:04:10	Data Internação 11/11/2018 08:09:30	Permanência na Unidade: 1d 2h 21min	Permanência no Leito: 23h 15min	

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



SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hlep

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hlep

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jaílson Adilson Da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

3125999

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

Masc ☒ 1Fem ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID-10 PRINCIPAL

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - CDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - CDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Tm e
ex 3,5 Placa DCP 6 Furos - 01
Parede cortical N° 40 - 02
" Espinha R 3202 40 - 01
ex 4,5 Placa em L 4x2

ex 4,5
Espinhões
R 32
45 - 01
70 - 01

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Piaquise cortical - 34 - 01

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/11/18

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - 01

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ORÇÃO-EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNS

CPF



RELATÓRIO DE CIRURGIA

REF: 12345

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 CIRÚRGICOMÉDICO/CRM: DATA: 29/11/2018

PatientID: 000000080132
PatientName: JAILSON ODILON DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 31.01.1984
Age: 34a.

StudyDate:21.12.2018



Image:2 Series:2

PatientID: 000000080132
Name: JAILSON ODILON DA SILVA

Sex: Masculino
BirthDate: 31.01.1984
Age: 34a.

StudyDate:



Image



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número

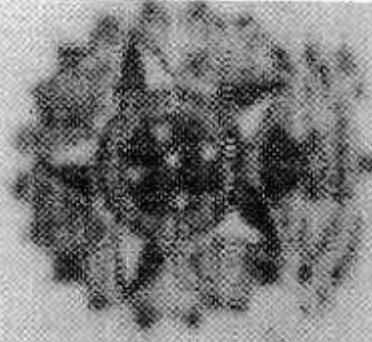
045.571.754-06

Nome

JAILSON ODILON DA SILVA

Nascimento

31/01/1984



VALIDA EM TODDO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME

JAILSON ODILON DA SILVA

FILIAÇÃO

Antonio Odilon da Silva
Judith Artur Pereira

JOÃO PESSOA
NATURALIDADE

JOÃO PESSOA PB.

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

31.01.1984
DATA DE NASCIMENTO

DGQ ORIGEM

Cert. Sobrado PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 2116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 917.



Adilson 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

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

CPF de: Próprio

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 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