

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: 08/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAELSON DE JESUS SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 00000007176-5

Nr. da Autenticação 6F82911B3150EA02

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: 01/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAELSON DE JESUS SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 00000007176-5

Nr. da Autenticação 767F74BB769AD4CB

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158189 **Cidade:** Curitiba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, SACRO À DIREITA, PÚBIS À ESQUERDA. DIÁSTASE DA SÍNFISE PÚBLICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO ILIOSACRAL BILATERAL). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD em 27/05/2020 EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123118/20

Número do Sinistro: 3200158189

Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA

CPF: 051.387.385-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/01/2019

Titular do CPF: LAELSON DE JESUS SANTANA

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 10/11/2020
Nome: FERNANDO PAGNONCELLI
CPF: 027.528.289-93

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020
Nome: JEAN CARLOS CARLI
CPF: 439.543.160-72

FERNANDO PAGNONCELLI

JEAN CARLOS CARLI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158189 **Cidade:** Curitiba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA **Data do acidente:** 18/01/2019 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE, SACRO À DIREITA, PÚBIS À ESQUERDA.
DIÁSTASE DA SÍNFISE PÚBLICA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO, PARAFUSOS PARA FIXAÇÃO ILIOSACRAL BILATERAL).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO E ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO E ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO ATUAL JÁ INDENIZADO EM GRAU MODERADO DE QUADRIL DIREITO. PAGAMENTO COMPLEMENTAR PARA GRAU MODERADO DE QUADRIL ESQUERDO, DEVIDO A ERRO SISTÊMICO, GRADUAÇÃO 100%.
SINISTRO ANTERIOR 3150109972 INDENIZADO EM GRAU LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 quadril	25 %	Em grau completo - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200158189 Cidade: Curitiba Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA Data do acidente: 18/01/2019 Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/05/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA PELVE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA. P4,7,8

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO QUADRIL.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200158189 **Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA**

Data do Acidente: 18/01/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FERNANDO PAGNONCELLI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAELSON DE JESUS SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LAELSON DE JESUS SANTANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003570

Conta: 000007176-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

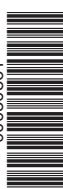
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 05 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200158189**

Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA

Data do Acidente: 18/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FERNANDO PAGNONCELLI

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAELSON DE JESUS SANTANA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: LAELSON DE JESUS SANTANA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003570

Conta: 000007176-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou A5L:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	051.387.385-69	LAELSON DE JESUS SANTANA	

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

5 - Nome completo:	LAELSON DE JESUS SANTANA		6 - CPF:	051.387.385-69
7 - Profissão: SEGURANÇA	8 - Endereço: RUA CEL JOAQUIM ANTONIO DE AZEVEDO	9 - Número: 520	10 - Complemento: CASA DOS F	
11 - Bairro: SITIO CERCADO	12 - Cidade: CURITIBA	13 - Estado: PARANA	14 - CEP: 81.920-010	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (41) 3779-0023			

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:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **3570** CONTA: **7176** **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que 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 as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima desceu nascituro (varascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não assinado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Curitiba, 11 de Fevereiro de 2020**

Laelson de Jesus Santana
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

[Assinatura]
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DELEGACIA DE DELITOS DE TRÂNSITO
CURITIBA - RUA PROFESSORA ANTÔNIA REGINATO VIANNA, 1177 - CAPÃO DA IMBUIA.
(41) 32616630

B.O. N: 2020/349547
(0 VERSAO)
IMPRESSÃO SIMPLIFICADA
COMUNICAÇÃO DA OCORRÊNCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA UNIFICADO

O boletim poderá ser reimpresso
através do Portal: www.delegaciaeletronica.pr.gov.br
Utilizando o protocolo: f855e247

NATUREZA(S): LESAO CORPORAL SEM ILICITUDE NO TRANSITO - CONSTATADA - OCORRENCIAS NAO
DELITUOSAS

DATA E HORA DO REGISTRO: 27/03/2020 10:50
DATA E HORA DO FATO: INICIAL:18/01/2019 21:40 FINAL:18/01/2019 21:40

ENDERECO: RUA JORGE FELIPE DAHER FILHO

NÚMERO: 00

MUNICÍPIO: CURITIBA - PR

BAIRRO: FAZENDINHA

AMBIENTE(S):

MEIO(S) EMPREGADO:
PROVIDÊNCIA
POLICIAL:

ENVOLVIDO(S): LAELSON DE JESUS SANTANA - VÍTIMA - CARTEIRA DE IDENTIDADE - 2365740

VEÍCULOS:

MARCA/MODELO	PLACA	CHASSI	ESTADO	SITUAÇÃO	DOCUMENTO	CHAVES
HONDA/CG 150 TITAN KS	AQF6228	9C2KC08108R210294	PR	NÃO INFORMADO	NÃO	NÃO

DESCRIÇÃO SUMÁRIA: DESCRIÇÃO: CONFORME DECLARAÇÕES, OS VEÍCULOS (1) E (2) COLIDIRAM NA RUA CITADA, COM A COLISÃO, O CONDUTOR DO VEÍCULO(1) SOFREU LESÕES CORPORAIS, VÍTIMA FOI SOCORRIDA E TRANSPORTADA AO HOSPITAL. HOUVE ATENDIMENTO DO SAMU NO LOCAL. VEÍCULO(1): MOTOCICLETA PLACA AQF-6228 PROPRIETÁRIO:EDILEUZA FERREIRA DE SANTANA CONDUTOR E VITIMA:LAELSON DE JESUS SANTANA VEÍCULO(2):NI PROPRIETÁRIO:NI CONDUTOR:NI O PRESENTE BOLETIM FOI LAVRADO COM BASE NA COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE FORNECIDA PELO HOSPITAL, DEVIDAMENTE ASSINADO PELA VÍTIMA. COMPARECE O(A) PROCURADOR(A) DA VÍTIMA, CONFORME PROCURAÇÃO REGISTRADA EM CARTÓRIO APRESENTADA, COMO COMUNICANTE DO ACIDENTE. VÍTIMA NÃO TEM INTERESSE EM REPRESENTAR.

EU, LAELSON DE JESUS SANTANA, RESPONSABILIZO-ME PELAS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS E POR ESTE INSTRUMENTO.

Assinatura

Vanderlim Cezar Rodrigues
Investigador de Polícia
RG 1598.005-5/00

RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO: VANDERLIM CEZAR RODRIGUES

DELEGADO: EDGAR DIAS SANTANA



FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT:

3200/158189

Data da solicitação:

10/05/20
DD/MM/AA

Nome do beneficiário:

Laibson de Jesus Sartore

CPF do beneficiário:

05138758569

Nome do solicitante: FERNANDO PAGNONCELLI

CPF do solicitante: 027.528.289-93

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (000)

Tel. Comercial: (41) 3779-0026

Tel. Residencial: (000)

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA

DISCORDO DO VALOR RECEBIDO

DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

nao tenho acordo com o valor recebido.

Local e Data

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprime o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).



RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS

Rua Bahia, 988, Siqueira Campos - Aracaju - SE
Fone: (79) 3025-795

Protocolo:

Cliente:

Identidade:

Contato:

Convênio:

RESULTADOS DOS EXAMES
RX 41009-46 Atendimento: 11/05/20 - HCA1
LAELSON DE JESUS SANTANA
23657405 /SE Nascimento: 13/01/1989, 31 anos
(79)99988-5104
PARTICULAR

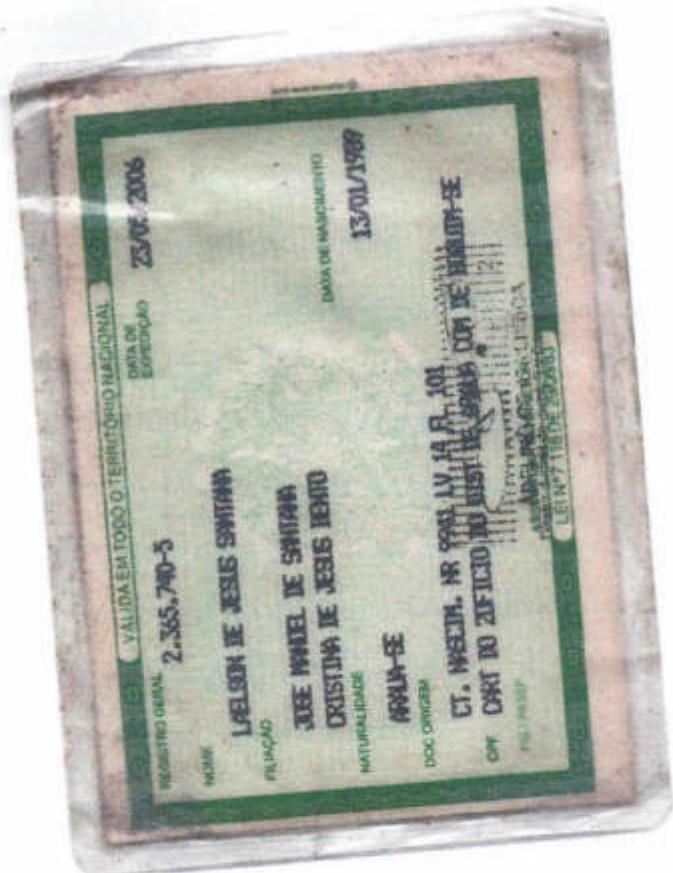
RADIOGRAFIA QUADRIL 02 POSIÇÕES LAUDO:

Osteofitos marginais coxofemoral bilateral.
Flebolito no escavado pélvico à direita.
Infradesnívelamento do quadril esquerdo.
Parafusos de fixação iliosacral bilateral.
Fratura por avulsão na região superior do púbis à esquerda.

Dra. PATRICIA GOMES PINTO
CRM 1975

A avaliação clínica e técnica do laudo, é exclusivamente do médico. Em caso de dúvida, nossos profissionais estão à disposição para qualquer esclarecimento.

JESUS ESTÁ VIVO, BEM VIVO NO NOSSO MEIO, FIQUE EM PAZ!







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 7.116.565-5 DATA DE EXPEDIÇÃO: 21/05/2015

NOME: FERNANDO PAGNONCELLI

FILIAÇÃO: PEDRO PAGNONCELLI
EVANILDA APARECIDA PAGNONCELLI

NATURALIDADE: PATO BRANCO/PR DATA DE NASCIMENTO: 03/05/1978

DOC. ORIGEM: COMARCA=PATO BRANCO/PR, DA SEDE
C.NASC=5087, LIVRO=8A, FOLHA=468

CPF: 027.528.289-93

CURITIBA/PR

ALCINHA DE ALMEIDA GARRETT

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



(1)

Buscar no site

A COMPANHIA • SEGURO DPVAT • PONTOS DE ATENDIMENTO (Pontos-de-Atendimento) • CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS • SALA DE IMPRENSA • TRABALHE CONOSCO • CONTATO •

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Novo Contato

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada. O parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200158189 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LAELSON DE JESUS SANTANA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV SEGÜROS E PREVIDENCIA-Filial Curitiba-PR

BENEFICIÁRIO LAELSON DE JESUS SANTANA

CPF/CNPJ: 05138738569

Posição em 06-08-2020 16:25:04

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/05/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
01/06/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/06/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	Download
25/05/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download
16/05/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	Download
02/05/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	Download

Telefones: (79) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270 / 8821-2126



Consultório de Ortopedia e Traumatologia Dr. Renato Teixeira

Ortopedia, Traumatologia, Doenças Articulares, Cirurgias e
IDENTIFICAÇÃO/PROFISSÃO.

Relatórios Especializados.

Trata-se de Laelson de Jesus Santana, Idade 31 anos, Segurado Especial, LOAS, CINº 2.365.740-5 SSP/SE. Tem como causa básica da incapacidade física Fratura do Anel Pélvico e Luxação Bilateral da Articulação Iliossacral

HISTÓRIA DO ADOECIMENTO

Paciente refere que quando conduzia a moto sofreu um abaloamento de um veículo de passeio dia 18/01/2020 na cidade de Curitiba, onde recebeu 1º atendimento no local pelo SAMU, depois conduzido para o Hospital do Trabalhador, onde recebeu atendimento pela equipe multidisciplinar, após estabilização Clínica fez exames radiológicos que diagnosticou Fratura do Anel Pélvico mais luxação Iliossacral Bilateral, onde foi internado para fazer correção cirúrgica das lesões

Paciente sob anestesia regional foi submetido a Redução por radioscopy da luxação Iliossacral Bilateral e Fixação percutânea com 02(dois) parafusos canulados, ficou internado para uso de medicação venosa, teve boa evolução e recebeu alta dia 01/02/2020 para fazer acompanhamento no seguimento ambulatorial.

Paciente refere que deambula com auxílio de Andajá, e que depende de terceiros para as atividades de vestuário, Higiene pessoal e alimentação

EXAME FÍSICO DIRIGIDO

Foi verificado que paciente deambula com auxílio de Andajá
Foi Verificado que senta e levanta com ajuda de terceiros.
Foi verificado incapacidade para agachar e ficar de cócoras
Foi verificado Dor a mobilidade dos quadris bilateral
Foi verificado perda moderada da força motora dos MMII
Foi verificado redução moderada da flexão dos joelhos bilateral
Foi verificado sensibilidade preservada
Foi verificado redução moderada dos reflexos Aquileu e Rotuliano Bilateral

Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia / Traumatologia

Localizado à Rua Itaporanga, Bairro Getúlio Vargas, 598 - CEP: 49055350 - Aracaju/SE
Horário de Atendimento às Segundas, Quartas e Quintas das 08:00 às 12:00

Telefones: (79) 3211-5368 / 9817-5139 / 8848-2270 / 8821-2126



Consultório de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Renato Teixeira

OUTRAS Consultas e Tratamentos: Doenças Articulares, Cirurgias e Relatórios Especializados.
HAS, Psiquismo Crônico, Distúrbios Cognitivos e Depressão Crônica.

QUADRO CLÍNICO ATUAL

Paciente refere dores na Coluna lombar e nos MMII

Paciente refere incapacidade para ficar em pé

Paciente que senta e levanta com auxílio de terceiros deambula com auxílio de Andaja.

Paciente refere fraqueza e cãimbras frequentes em MMII
EXAMES/TRATAMENTOS REALIZADOS

Foi verificado exame radiológico da Bacia, datado de 11/05/2020, onde verifica-se implante de 02(dois) parafusos canulados na projeção das articulações Iliossacral Bilateral

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Fratura do Anel Pélvico em Fase de Consolidação Ossea
Luxação Iliossacral Bilateral

DIAGNÓSTICO CINETICO FUNCIONAL

Perda parcial moderada do arco de movimento dos quadris e perda moderada de função dos MMII.

TRATAMENTOS INDICADOS

Indicado fazer tratamento medicamentoso e de reabilitação funcional dos MMII.

Indicado fazer Tratamento Fisioterápico e de Reabilitação Funcional

Indicado fazer uso de Ortese como tratamento coadjuvante

*Renato Teixeira CRM 1450
Ortopedia e Traumatologia*

Localizado à Rua Itaporanga, Bairro Getúlio Vargas, 598 - CEP: 49055350 - Aracaju/SE
Horário de Atendimento às Segundas, Quartas e Quintas das 08:00 às 12:00