

# 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: 000000007176-5

---

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: 000000007176-5

---

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 PÚBICA.

**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

**Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 18/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** LAELSON DE JESUS SANTANA

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/11/2020

Nome: FERNANDO PAGNONCELLI

CPF: 027.528.289-93

FERNANDO PAGNONCELLI

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020

Nome: JEAN CARLOS CARLI

CPF: 439.543.160-72

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

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

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

**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

**Valoração 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

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, retorne 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**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, retorne 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](http://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: ☒ DÁMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **051.387.385-69** 4 - Nome completo da vítima: **LAELSON DE JESUS SANTANA**

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

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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)

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 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 6.194/74, 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vairascer)? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

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

**LAELSON DE JESUS SANTANA**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



## DELEGACIA DE DELITOS DE TRÂNSITO

CURITIBA - RUA PROFESSORA ANTÔNIA REGINATO VIANNA, 1177 - CAPÃO DA IMBUÍA.  
(41) 32616630O boletim poderá ser reimpresso  
Através do Portal: [www.delegaciaeletronica.pr.gov.br](http://www.delegaciaeletronica.pr.gov.br)  
Utilizando o protocolo: f855e247NATUREZA(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

ENDEREÇO: 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. HOVE 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

RESPONSÁVEL PELA IMPRESSÃO: VANDERLIM CEZAR RODRIGUES

DELEGADO: EDGAR DIAS SANTANA



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

19/05/20

Nome do beneficiário:

Lauren de Jesus Sordane

CPF do beneficiário:

05138738569

Nome do solicitante: FERNANDO PAGNONCELLI

CPF do solicitante: 027.528.289-93

**DADOS PARA CONTATO**

Tel. Celular: ( )

Tel. Comercial: (41) 3779-0026

Tel. Residencial: ( )

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:

(DESCREVER)

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

não concordando com o valor recebido.

Local e Data

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

**IMPORTANTE:**

Depois de preencher todos os dados, imprima 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 (e seu rogo).



**RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS**

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

**RESULTADOS DOS EXAMES**

Protocolo:	RX 41009-46	Atendimento: 11/05/20 - HCA1
Cliente:	LAELSON DE JESUS SANTANA	
Identidade:	23657405 /SE Nascimento: 13/01/1989, 31 anos	
Contato:	(79)99988-5104	
Convênio:	PARTICULAR	

**RADIOGRAFIA QUADRIL 02 POSIÇÕES  
LAUDO:**

Osteofitos marginais coxofemoral bilateral.  
Flebolito no escavado pélvico à direita.  
Infradesnívelamento do quadril esquerdo.  
Parafusos de fixação iliossacral 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 a disposição para qualquer esclarecimento.*

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
DATA DE EXPIRAÇÃO 23/05/2006

REGISTRO GERAL 2.365.740-5

NOME LAELSON DE JESUS SMITHAN

FILIAÇÃO JEE MANUEL DE SMITHAN  
CRISTINA DE JESUS IDRO

NATURALIDADE ARUA-PE

DATA DE NASCIMENTO 13/01/1989

DOC ORIGEM CT. NACIM. Nº 9041.14.101

CNP CNP DO ZIFÍCIO DO SUSP. DE 2004 COM DE 10000-PE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7118 DE 2005



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COLEÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DE SERVIDORES

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO CARLOS MENDES



Wilson de Jesus Santana

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO PARANÁ

RG: 7.116.565-5

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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: 03/05/1975

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

CPF: 027.528.289-93

CURITIBA/PR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

É PROIBIDO PLASTIFICAR



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



*Renato*

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada. O prazo 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 SEGUROS 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	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/clOifetyLb8ZCDUrQW0Nuw==/lbRLPRDZfR25h9H0mh9iv?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndINiOe8PI=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/clOifetyLb8ZCDUrQW0Nuw==/lbRLPRDZfR25h9H0mh9iv?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndINiOe8PI=</a>
25/05/2020	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/_vCKYlJOCCOMjJ6uCR9yrw==/QufC8hdv+0sn8jUmvs6tGi6U?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndINiOe8PI=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/_vCKYlJOCCOMjJ6uCR9yrw==/QufC8hdv+0sn8jUmvs6tGi6U?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndINiOe8PI=</a>
16/05/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1hpZV8a4WatTbYroTnuQyww=/gqsR4boWatYT6+p1pylkiEt?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndINiOe8PI=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/1hpZV8a4WatTbYroTnuQyww=/gqsR4boWatYT6+p1pylkiEt?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndINiOe8PI=</a>
02/05/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	<a href="https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Rsb66nHEAUlz0fkKI9DbZA==/lkPFySkojX0HRt574GM5Oyu?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndINiOe8PI=">https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Rsb66nHEAUlz0fkKI9DbZA==/lkPFySkojX0HRt574GM5Oyu?api_key=tjZcdeQg1ywxPaxWMvRdhE__u22URpDeWyndINiOe8PI=</a>

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 Pelvico e Luxação Bilateral da Articulação Iliosacral

### HISTORIA DO ADOECIMENTO

Paciente refere que quando conduzia a moto sofreu um abalroamento 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 Pelvico mais luxação Iliosacral Bilateral, onde foi internado para fazer correção cirúrgica das lesões

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

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

### EXAME FISICO DIRIGIDO

Foi verificado que paciente deambula com auxilio 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 Aquileo e Rotuliano Bilateral

Renato Teixeira GRM 1450  
Ortopedia e Traumatologia

Localizado á Rua Itaporanga, Bairro Getúlio Vargas, 598 - CEP: 49055350 - Aracaju/SE

Horario 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 ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA, Doenças Articulares, Cirurgias e**  
**Relatórios Especializados.**  
HAS, Psiquismo Crônico, Distúrbios Cognitivos e Depressão Crônica.

**QUADRO CLINICO 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 Andajá.  
Paciente refere fraqueza e câimbras 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

**DIAGNOSTICO CLÍNICO**

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

**DIAGNOSTICO 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 Fisioterapico e de Reabilitação Funcional  
Indicado fazer uso de Ortese como tratamento coadjuvante

Renato Teixeira CRM 1450  
Ortopedia e Traumatologia

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