



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202071002235
Número Único: 0002968-24.2020.8.25.0036
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 15/12/2020
Competência: 1ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: LAELSON DE JESUS SANTANA

Endereço: NOVO DESCOBERTA, RUA A8

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: ITAPORANGA DAJUDA - Estado: SE - CEP: 49120000

Requerente: Advogado(a): THAYLA JAMILLE PAES VILA 1193/A/SE

Requerido: SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: RUA DA ASSEMBLEIA

Complemento: 26 ANDAR

Bairro: CENTRO

Cidade: RIO DE JANEIRO - Estado: RJ - CEP: 20011904

Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

1^a VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emídio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apenasdos:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL E CRIMINAL DE ITAPORANGA DAJUDA DA COMARCA DE ITAPORANGA D'AJUDA
Av. Emidio Max Neto, Bairro Centro, Itaporanga D'Ajuda/SE, CEP 49120000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202071002235

DATA:

10/02/2021

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20210210103601709 às 10:36 em 10/02/2021.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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



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



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: PARANÁ	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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> 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? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima desceu nascituro (varascer)? 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 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 substituída

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:

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 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:

(DESCREVER)

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

nao concordo 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:



RAIOS - X CENTRO DIAGNÓSTICO POR IMAGENS

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

Protocolo:

RX 41009-46 Atendimento: 11/05/20 - HCA1

Cliente:

LAEISON DE JESUS SANTANA

Identidade:

23657405 /SE Nascimento: 13/01/1989, 31 anos

Contato:

(79)99988-5104

Convênio:

PARTICULAR

RESULTADOS DOS EXAMES

RADIOGRAFIA QUADRIL 02 POSIÇÕES LAUDO:

Osteofitos marginais coxofemoral bilateral.

Flebolito no escavado pélvico à direita.

Infradesnívelamento do quadril esquerdo.

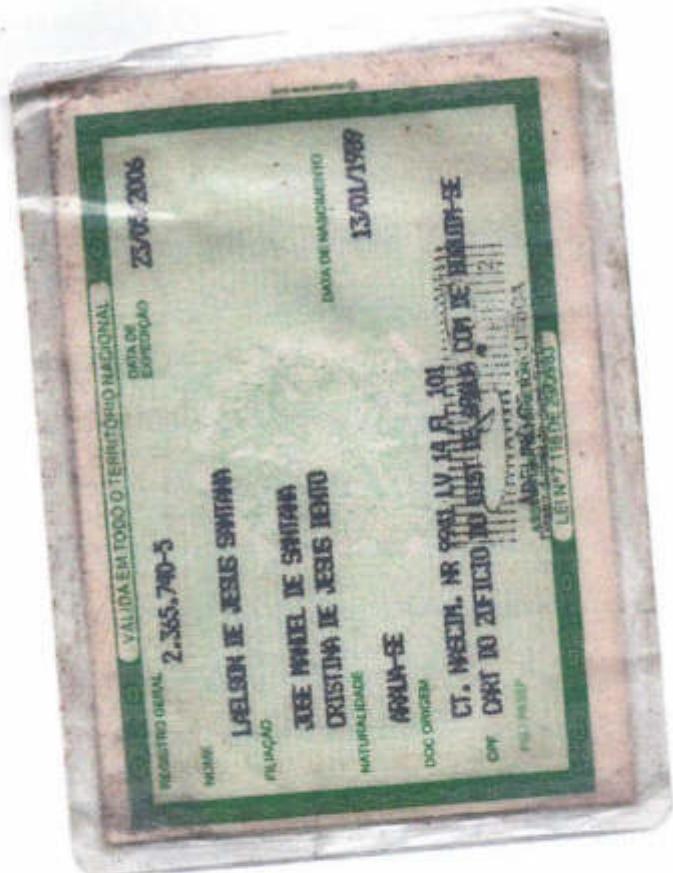
Parafusos de fixação iliosacral bilateral.

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 !









(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



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 Pelvico 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 Fisioterapico 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



Lactise
consultas e exames

O paciente trazia de Vales. S. Paulo
relato que após verdes oli-
vaceous fará 7 feses.
Na excreção fecal se
observou Ec. da espécie da
efecção, em verdade, dir. histol.
havia a presença do bact. que
pode ser visto no microscópio
quando

R. P. F. C. C.
José Antônio de A. Gomes Filho
Médico
CRM 1555

RXimagem



Medicina preventiva

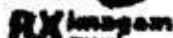
Conselho de Medicina da Faculdade de Medicina de São Paulo
Universidade de São Paulo
Av. Dr. Arnaldo, 715 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01246-903
Tel. (11) 509-12000
Fax (11) 509-12000

C 30.13.53.41

7
110512000



Digitalizado com Ca



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:

Osteolitos 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. PATRÍCIA GOMES PINTO
CRM 1875

Avaliação técnica: A avaliação técnica indica que o paciente apresenta lesões ósseas significativas no quadril esquerdo, com evidências de fratura por avulsão na região superior do púbis. É recomendável uma avaliação clínica mais detalhada e complementar para confirmar o diagnóstico.

MESMO ESTE LAUDO NÃO SUBSTITUI A CONSULTA CLÍNICA

Digitizado com Car



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. PATRÍCIA 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 !



HOSPITAL DO TRABALHADOR

AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000

Hospital do
Trabalhador

Tel.: 41-3212-5700

CGC - 78.350.188/0001-95

Hospital do
TrabalhadorHospital do
TrabalhadorHospital do
Trabalhador**Identificação do Paciente**

BE: Paciente: D. Nascimento: Idade:
1298629 LAELSON DE JESUS SANTANA **13/01/1989 31 anos**

Nome da Mãe: Documento:
CRISTINA JESUS BENTO **CPF: SEM DOC**
 Telefone: **7999688894** Sexo: **M**
 Endereço: **SEM INF** N°: **12** Cor: **2**
 Município: **CURITIBA** UF: **PR** Bairro: **SITIO CERCADO**
 CEP: **99999999**

Hospital do Hospital do Hospital do
Trabalhador Trabalhador Trabalhador

Classificação de Risco

Quelxa Principal:
LARANJA **Samu\Samu, vítima de colisão moto x auto, trauma em crânio + cervical + abdome + quadril + msE**

Fluxograma:

Trauma maior: A maior parte dos profissionais sabe o significado de um trauma maior. Esta forma de apresentação não deve ser definida pelo paciente ou sua lesão, mas por uma análise do trauma como um todo pelo profissional de saúde. É impossível classificar, portanto, um paciente com apresentação de trauma maior em categoria menor que urgente (amarela). Se este fluxograma foi escolhido, mas a descrição inicial do paciente que sofreu trauma tiver sido incorreta, então o paciente deverá ser classificado com o uso de outro fluxograma de apresentação. Alguns discriminadores gerais foram escolhidos para risco de vida, hemorragia, estado de consciência (adultos e crianças) e dor. Discriminadores específicos foram incluídos para assegurar que pacientes com mecanismo significativo de trauma sejam alocados como muito urgentes e aqueles com comorbidades e com déficit neurológico novo sejam avaliados no tempo adequado.

Responsável pela Classificação Triagem:
Marcia do Rocio Garrido - COREN 347632

Data Triagem:
19/01/2020 00:01

Boletim de Emergência

Data Entrada: 18/01/2020 22:50	Setor: SAV	Acidente de Trabalho: Não
Profissional / Empresa / Local: SEGURANCA / / -		
Caso de Polícia: Não	Plano de Saúde: Não	Trauma: Sim
Motivo Ocorrência: COLISAO-CARRO/MOTO.....ACID.TRANSITO		Ambulância: Sim

Especialidades

Ortopedia, Cirurgia Geral

Evoluções

Profissional: JANETE EDNARCZUKI - COREN -576704	Atividades: AUXILIARE DE ENFERMAGEM	Data: 18/01/2020 22:59
Descrição: PA: 122/82 FC: 112 SPO₂: 96%		

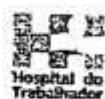
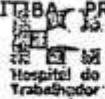
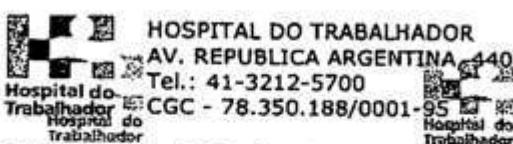
SAV, SAMU VITIMA DE COLISAO MOTO AUTO, CHEGOU COM COLAR CERVICAL E TABUA, COM ESCORIAOES EM FACE E CONTUSAO EM MMSS E CONTUSAO MIE, CONSCIENTE COMUNICATIVA ORIENTADO SSV ESTAVEIS AVP EM MSD AB: 18 SEGUO SOB CUIDADOS E PERTENCE SOMENTE SALA

Profissional: **JEAN BORGES CURIMBABA-ACAD. DE MEDICINA** Atividade: **MÉDICO** Data: **18/01/2020 23:03**
 Descrição: **# LAELSON 31 anos.** Hospital do Hospital do Hospital do
 Trabalhador Trabalhador Trabalhador

- Paciente trazido pelo SAMU, vítima de moto x auto. Com capacete.
- Nega perda de consciência. Nega amnésia. Nega episódio convulsivo. Nega vômito.
- Comorbidades: Nega.
- Medicamentos de uso contínuo: Nega.
- Alergias: Nega.

A: Via aérea pélvia, com colar cervical, com tábuas rígidas e nega cervicalgia.

Impresso: 12/03/2020 07:46:11



Identificação do Paciente

BE: Paciente:
1298629 LAELSON DE JESUS SANTANA

D. Nascimento: Idade:
13/01/1989 31 anos

B: Expansibilidade torácica simétrica, sem dor à palpação de arcos costais bilateralmente, sem dor à palpação de esterno, sem dor à palpação de clavículas e sem enfisema subcutâneo.

C: Corado, abdome flácido e indolor à palpação, pelve estável, sem sinais de irritação peritoneal, pulsos cheios e simétricos e tempo de enchimento capilar menor que 2 segundos.

D: GCS=15, pupilas isocóricas e fotorreagentes, sem sinais de alerta.

E: Abrasões em mmss, abrasão em face, edema em quadril esquerdo. Suspeita de luxação de femur pelo SAMU. Paciente relata dor em coluna torácica e lombar.

DADOS VITAIS

SATO2: 96

PA: 122/82

FC: 112

PI: 10000000000000000000000000000000

- Encaminho à cirurgia geral, ortopedia.
- Sólcito: ralo x de pelve + torax + coluna torácica + lombar

Profissional:

HENRIQUE A WIEDERKEHR RESID CRM/PR34945

Atividade

CIRURGIAO GERAL 19/01/2020 00:01

Data:

Descrição:

LAELSON , 31 anos.

- Paciente trazido pelo SAMU, vítima de ralo x auto. Com capacete.
- Nega perda de consciência. Nega amnésia. Nega episódio convulsivo. Nega vômito.
- Comorbidades: Nega.
- Medicamentos de uso contínuo: Nega.
- Alergias: Nega.

O#

LOTE, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO

ESTAVEIS HEMODINAMICAMENTE

MV: BICAT SIMETRICOS, SEM DOR
PULSOS: CHEIOS E SIMETRICOSAPALPACAO DE ARCOS COSTAIS
SEM DOR A PALPACAO DE ESTERNON

ABDOME FLACIDO E INDOLOR, SEM SINAIS DE PERITONITE

ECG 15

SEM QUEIXAS VISUAIS

SEM DOR A PALPACAO DE OSSOS DA FACE

E: Abrasões em mmss, abrasão em face, edema em quadril esquerdo. Suspeita de luxação de femur pelo SAMU. Paciente relata dor em coluna torácica e lombar.

DADOS VITAIS

SATO2: 96

PA: 122/82

FC: 112

#E-FAST: SEM EVIDENCIA DE LIQUIDO EM ESPACO HEPATORENAL / ESPLENORENAL / FUNDO DE SACO / SACO PERICARDICO. SEM EVIDENCIA DE PNEUMOTORAX AO METODO.

#FAST: SEM EVIDENCIA DE LIQUIDO EM ESPACO HEPATORENAL / ESPLENORENAL / FUNDO DE SACO / SACO PERICARDICO

ORIGINAL

**HOSPITAL DO TRABALHADOR**

AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000

Tel.: 41-3212-5700

CGC - 78.350.188/0001-95

Hospital do
TrabalhadorHospital do
TrabalhadorHospital do
TrabalhadorHospital do
Trabalhador**Identificação do Paciente**

BE:

Paciente:

1298629 LAELSON DE JESUS SANTANA

D. Nascimento: Idade:

13/01/1989 31 anos

#RX TORAX (SEM LAUDO OFICIAL): SEM HEMO/PNEUMOTORAX. SEM SINAIS EVIDENTES DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS. SEM ALARGAMENTO DE MEDIASTINO.

P

- Alta pelo Cirurgia Geral com orientações

Hospital do
TrabalhadorHospital do
Trabalhador

Profissional:

HENRIQUE A WIEDERKEHR RESID CRM/PR34945

Atividade

Data:

CIRURGIAO GERAL 19/01/2020 00:02

Descrição:

LAELSON , 31 anos.

- Paciente trazido pelo SAMU, vítima de moto x auto. Com capacete.
- Nega perda de consciência. Nega amnésia. Nega episódio convulsivo. Nega vômito.
- Comorbidades: Nega.
- Medicamentos de uso continuo: Nega.
- Allergias: Nega.

O#

LOTE, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO

ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE

MV + BILAT SIMETRICOS, SEM DOR A PALPACAO DE ARCOS COSTAIS, SEM DOR A PALPACAO DE ESTERNO

PULSOS CHEIOS E SIMETRICOS

ABDOMÉ FLACIDO E INDOLOR, SEM SINAIS DE PERITONITE

ECG

Hospital do
TrabalhadorHospital do
TrabalhadorHospital do
Trabalhador

SEM QUEIXAS VISUAIS

SEM DOR A PALPACAO DE OSSOS DA FACE

E: Abrasões em mmss, abrasão em face, edema em quadril esquerdo. Suspeita de luxação de femur pelo SAMU. Paciente relata dor em coluna torácica e lombar.

DADOS VITAIS

SATO2: 96

PA: 122/82

FC: 102

#FAST: SEM EVIDENCIA DE LIQUIDO EM ESPACO HEPATORENAL / ESPLENORENAL / FUNDO DE SACO / SACO PERICARDICO. SEM EVIDENCIA DE PNEUMOTORAX AO METODO.

#FAST: SEM EVIDENCIA DE LIQUIDO EM ESPACO HEPATORENAL / ESPLENORENAL / FUNDO DE SACO / SACO PERICARDICO

#RX.TORAX (SEM LAUDO OFICIAL): SEM HEMO/PNEUMOTORAX. SEM SINAIS EVIDENTES DE FRATURA DE ARCOS COSTAIS. SEM ALARGAMENTO DE MEDIASTINO.

P

- Alta pelo Cirurgia Geral com orientações

Hospital do
TrabalhadorHospital do
Trabalhador

*Alta da Especialidade

Profissional:

DEIVIDE MATEUS ROSSETTO-CRM/PR419-RESI11 ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA 19/01/2020 00:03

Descrição:

Atividade

Data:

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**LAUDO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

ORIGINAL



HOSPITAL DO TRABALHADOR

AV. REPUBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP.81050000

Hospital do
Trabalhador
Tel.: 41-3212-5700
CGC - 78.350.188/0001-95

Hospital do
Trabalhador
Hospital do
Trabalhador

Hospital do
Trabalhador
Hospital do
Trabalhador

Hospital do
Trabalhador
Hospital do
Trabalhador

Identificação do Paciente

BE: Paciente:
1298629 LAELSON DE JESUS SANTANA

D. Nascimento: Idade:
13/01/1989 31 anos

ANAMNESE

Principais Sinais e sintomas (queixa principal): **FRATURA DA PELVE**

História da doença atual: **FRATURA DA PELVE**

Antecedentes: **FRATURA DA PELVE**

Alergias: **FRATURA DA PELVE**

Medicamentos em uso: **FRATURA DA PELVE**

Exame físico (geral e atual): **FRATURA DA PELVE**

Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames): **ANAMNESE + EF + RX**

Condições que Justificam a Internação: **NECESSIDADE DE TTO CIRURIGICO**

Diagnóstico: **FRATURA DA PELVE**

CID: **S328 - FRATURA DE OUTRAS PARTES DA COLUNA LOMBOSSACRA E DA PELVE E DE PARTES NAO ESPECIFICADAS**

Procedimento: **408040254 - TRATAMENTO CIRURGICO DE ASSOCIAÇÃO-FRATURA / LUXACAO / FRATURA-LUXACAO / DISJUNCAO DO ANEL PELVICO**

Chefe Responsável: **LUCAS REZENDE**

Profissional: **DEIVIDE MATEUS ROSSETTO-CRM/PR419-RESI11 ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA** Atividade: **19/01/2020 00:03** Data:

Descrição:

Justificativa de alta/internamento sem atendimento de especialidade definida:

Profissional: **DEIVIDE MATEUS ROSSETTO-CRM/PR419-RESI11 ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA** Atividade: **19/01/2020 00:22** Data:

Descrição: **LAELSON DE JESUS, 31 ANOS**

19/01: COLISÃO MOTO X AUTO

PACIENTE COM DOR EM PELVE, PRINCIPALMENTE A ESQUERDA, NEGA CERVICALGIA OU OUTRAS QUEIXAS. NEGA DISPNEIA.

EF: INVERMILL PRESERAVDO.

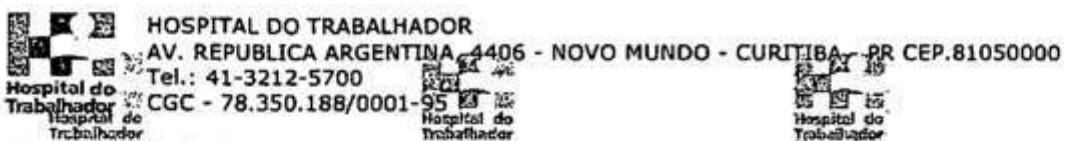
RX: TAC FX SACRO A DIREITA + ABERTURA DA SACROILIACA A ESQUERDA

DISCUTIDO COM DR LUCAS, INTERNO PARA FIXADOR EXTERNO DE PELVE NO CC
ENCAMINHO CASO AO GRUPO DA PELVE

Alta/Internamento

Internamento liberado por **DEIVIDE MATEUS ROSSETTO-CRM/PR419-RESI11 (03196277135)** em **19/01/2020 00:03** CID: **S328**

Impresso: **12/03/2020 07:46:11**



Identificação do Paciente

BE: Paciente:
1298629 LAELSON DE JESUS SANTANA

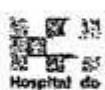
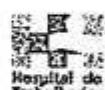
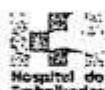
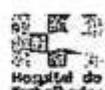
D. Nascimento: Idade:
13/01/1989 31 anos

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro estar recebendo nesta data os seguintes documentos:		<input type="checkbox"/> Retorno agendado para _____ / _____ Médico: _____	<input type="checkbox"/> C.A.T.
		Prontuário: _____ Cód. Transação: _____	<input type="checkbox"/> TOE
<input type="checkbox"/> Atestado _____ dias com CID informado (autorizado pelo paciente)		<input type="checkbox"/> Ralo-X	
<input type="checkbox"/> Declaração de atendimento		<input checked="" type="checkbox"/> Encaminhamento ao INSS	<input type="checkbox"/> Cópia do B.E.
		Hospital do Trabalhador	Hospital do Trabalhador
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Funcionário	

Impresso: 12/03/2020 07:46:11

ORIGINAL





HOSPITAL DO TRABALHADOR

AV. REPÚBLICA ARGENTINA, 4406 - NOVO MUNDO - CURITIBA - PR CEP 81050-000 Tel: 41-3212-5700

Hospital do Trabalhador CGC - 78.350.188/0001-95

Hospital do Trabalhador

Hospital do Trabalhador

Hospital do Trabalhador

Visual HosPub - Relatório - Cirurgias**Identificação do Paciente**Registro: **438512** Paciente: LAELSON DE JESUS SANTANAD. Nascimento: **13/01/1989****Cirurgia 6202020****Informações**

Data:	19/01/2020	Hospital do Trabalhador	Hospital do Trabalhador	Hospital do Trabalhador	Hospital do Trabalhador	Hospital do Trabalhador
Realizada por:	LUCAS ROMANO SAMPAIO REZENDE CRM/PR37851					
Profissional:		Sala: SALA DE CIRURGIA PS 04		Clinica: P.S. - ORTO/NEURO /C.GERAL		

Procedimentos:

- 408040025 - ARTRODESE DA SINFISE PUBICA
408040033 - ARTRODESE DE ARTICULACOES SACROILIACAS

Cid:

S327 - FRATURAS MULTIPLAS DE COLUNA LOMBAR E DA PELVE

Equipe Médica:

LUCAS ROMANO SAMPAIO REZENDE-CRM/PR37851 - CIRURGIAO
ALEXANDRE ANTONIO DE CAMARGO - AUXILIAR 1
JOAO E FERREIRA BRAGA-CRM/PR36997-RESIDEN - AUXILIAR 2
PAULO HENRIQUE VOGOT-CRM/PR38418-RESIDEN - AUXILIAR 2
CARLOS TOMAS FERNANDES FARINHA - ANESTESISTA

Anestesia:

GERAL

Descrições

Descrição realizada por JOAO E. FERREIRA BRAGA-CRM/PR36997-RESID em 19/01/2020 02:32:18

CIRURGIAO: DR LUCAS REZENDE
1 AUXILIAR: DR ALEXANDRE CAMARGO
R2 NO RODÍZIOS, R2 EDI

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO
DIÁSTASE DE SINFISE PÚBLICA + SACROILIACA DIREITA + FRATURA DE RAMOS

CIRURGIA

Fixador externo supra-acetabular + Fixação com parafuso canulado 7.0 mm

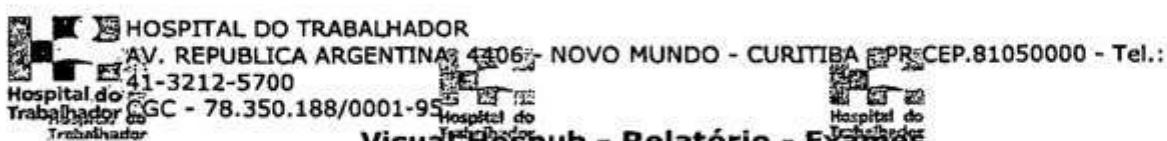
CÓDIGO PROCEDIMENTO: 408040025/ 408040033_C.I.D. S 33.4 ; S32.7

INTENSIF. DE IMAGEM sim RAIO X Sim BOLITRAUMA Não
ACIDENTE NA CIRURGIA Não MULHER CASO CIRURGIAS Não

1. Paciente em decúbito dorsal horizontal
2. Preparo de rotina para MMII e pelve
3. Incisão supra-acetabular, bilateral. Sob fluoroscopia, perfuração de trajeto de pino supra-acetabular, bilateral
4. Fixação dos dois pinos de Schanz e montagem de sistema pino-tubo.
5. Ajuste do sistema com redução da diástase.
6. Rx de controle=OK
7. Passagem de fio-guia por articulação sacro-iliaca direita
8. Medição de parafuso e inserção de parafuso canulado 7.0mm rosca total com arruela.
9. Passagem de fio guia por articulação sacroiliaca esq.
10. Medição de parafuso e inserção de parafuso canulado 7.0mm rosca parcial 32mm com arruela.
11. Realizada drenagem de cerca de 800ml de hematoma em face postero-lateral proximal da coxa esq.
12. Curativo estéril
13. RX controle
14. REPAI

ORIGINAL

Data da Impressão: 12/03/2020 07:44:22



Visual Hospub - Relatório - Exames

Identificação do Paciente

Registro: **438512** Paciente: LAELSON DE JESUS SANTANA

D. Nascimento: 13/01/1989

Requisição: 20.RD.2.003957

Data Requis.: 07/02/2020 - Data Resultado: 18/02/2020

Identif.: 00438512

US. Origem.: * HOSPITAL DO TRABALHADOR - EXAMES

Solicitante: PROFISSIONAL NAO INFORMADO - Cons. Regional:

Exame	Conteúdo
528	<p>RADIOLOGIA DE BACIA</p> <p>RADIOGRAFIA DE BACIA</p> <p>Controle de tratamento realizado sobre fixador externo. Parafusos metálicos fixados nas articulações sacroiliacas. Lesão da sínfise pública, com desalinhamento entre as suas superfícies articulares.</p> <p>Liberado por: DR. RAFAEL M. Z. G. BARBOSA-CRM/PR 26017, dia 24/02/20 às 13:05 Coleta: 07/02/20 às 14:18 Impressa: 12/03/2020 Responsável Técnico: Dr. Nilton Tadashi Hagi Medico Radiologista CRM/PR 11687 - Telefone (41) 3212-5700</p>

Requisição: 20.RD.1.004063

Data Requis.: 18/01/2020 - Data Resultado: 27/01/2020

Num. do BE: 01298629

US. Origem.: HOSPITAL DO TRABALHADOR

Solicitante: LARSON R. PIZZATTO-CRM/PR38499-RESIDENTE - Cons. Regional: 38499

Setor.....: SAV

Exame	Conteúdo
537	<p>RADIOLOGIA DE TORAX (PA)</p> <p>RADIOGRAFIA DO TÓRAX</p> <p>Não foram evidenciadas consolidações pulmonares grosseiras. Selos costofrênicos livres. Área cardíaca preservada.</p> <p>Liberado por: DRA. FERNANDA MARDER TORRES-CRM/PR 27823, dia 27/01/20 às 16:23 Coleta: 18/01/20 às 23:45 Impressa: 12/03/2020 Responsável Técnico: Dr. Nilton Tadashi Hagi Medico Radiologista CRM/PR 11687 - Telefone (41) 3212-5700</p>
514	<p>RADIOLOGIA COLUNA LOMBO-SACRA</p> <p>RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBAR</p> <p>Corpos vertebrais com altura preservada.</p>

ORIGINAL

Data da Impressão: 12/03/2020 07:45:10

DECLARAÇÃO

Por solicitação do Sr.(a) FERNANDO PAGNONCELLI o Hospital do Trabalhador declara que LAELSON DE JESUS SANTANA deu entrada neste estabelecimento no dia 18/01/2020 às 22:50h, tendo alta hospitalar em 01/02/2020, conforme documentos do prontuário Nº 438512.

CID: S32.8 AUTORIZADO PELO SOLICITANTE.

Curitiba, Pr 16 de Março de 2020.


Revisão do Prontuário

CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE CÓPIA DE PRONTUÁRIO A PEDIDO DO PRÓPRIO PACIENTE, DE SEU REPRESENTANTE LEGAL, DEVIDAMENTE IDENTIFICADO OU SOLICITAÇÃO JUDICIAL..



HOSPITAL DO TRABALHADOR

Av. República Argentina, 4406 – Curitiba/PR – Fone/Fax: (41) 3212-5709
CEP: 81.050-000 E-mail: hosptrab@sesa.pr.gov.br
www.hospitalotrabalhador.saude.pr.gov.br

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: **LAELSON DE JESUS SANTANA**

Nacionalidade: **BRASILEIRO** Est. Civil: **SOLTEIRO**

Profissão: **SEGURANÇA**

Identidade: **23.657.405** CPF: **051.387.385-69**

Endereço: **RUA CEL JOAQUIM ANTONIO DE AZEVEDO, 520. CASA DOS FUNDOS. CURITIBA /PARANA.**

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o Sr. FERNANDO PAGNONCELLI, brasileiro, solteiro, empresário, CPF nº 027.528.289-93, identidade nº 7.116.565-5 representante da empresa Nova Assessoria Dpvat, CNPJ nº-18.623.712/0001-22, com escritório profissional no endereço av. República Argentina nº4489, Curitiba – PR; concedo plenos poderes ao outorgado acima qualificado, para representar-me perante as SEGURADORAS, no requerimento/acompanhamento do Seguro Obrigatório – DPVAT a idenização por INVALIDEZ/DAMS da vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA - CPF: 051.387.385-69 No acidente ocorrido na data de 18/01/2020.

No mesmo ato, concedo amplos poderes ao já outorgado Sr. FERNANDO PAGNONCELLI como os quais: dar entrada, retificar e retirar os boletins de ocorrências na qualidade de noticiante/comunicante, conforme narrativa em anexo, junto aos órgãos: delegacia de delitos de trânsito de Curitiba-Pr, BPTRAN, Departamento de Policia Rodoviária Federal e 1ºGrupamento de Bombeiros do Portão, 6ºGrupamento de são José dos Pinhais, Corpo de Bombeiros de Piraquara, 7ºGb Cabral, Colombo, Fazenda Rio Grande, Campo Largo. Autorizo a solicitação e retirada de prontuários médicos e exames nas unidades: hospital Cajuru, Evangélico, Trabalhador e São José dos Pinhais, Hospital Santa Casa, Hospital Milton Muricy, Hospital Pilar, Cruz Vermelha, Hospital Santa Cruz, Vitoria, Pilar, Paraná Clínicas, Clinica de Fraturas, Nossa Senhora do Rocio em Campo Largo, SãoLucas, Alto da XV, VITA, Marcelino Champagnat e Hospital Angelina Caron, Hospital das Nações e Hospital Cristo Rei e todos os Hospitais do Estado do Paraná. Autorizo a solicitação e retirada de laudos de lesões corporais junto ao Instituto Médico Legal.

Esta procuração NÃO dá poderes para movimentação bancárias e financeiras.

Curitiba, 11 de Fevereiro de 2020



Laelson de Jesus Santana
ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO DISTRITAL DO UMBARÁ
Rua Izaac Ferreira da Cruz, 4118 - Curitiba - PR - Fone: (41) 3015-0234
Notário: Raul Fernandez Schuchovsky

Selo: eHYwW.6Hzbq.lv4Fb-wJHNn.H5xZ2
Consulte o selo em <http://funarpen.com.br>

RECONHEÇO por AUTENTICO a firma de LAELSON DE JESUS SANTANA.

Curitiba-PR, 21 de fevereiro de 2020

Em testemunho: De Verdade

Simone Cristina Wiltzi Romano - ESCREVENTE



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: 24/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LAELSON DE JESUS SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03570

CONTA: 00000007176-5

Nr. da Autenticação BEE10C369F675A78

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150109972 **Cidade:** Aracaju **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LAELSON DE JESUS SANTANA **Data do acidente:** 18/11/2012 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA MEMBRO INFERIOR DIREITO

Descrição do exame LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
médico pericial:

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel O Nascimento Jr

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 31 de Março de 2015

Carta n°: 6667310

A/C: LAELSON DE JESUS SANTANA

Sinistro: 3150109972
Vitima: LAELSON DE JESUS SANTANA
Data Acidente: 18/11/2012
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: LAELSON DE JESUS SANTANA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003570

Conta: 000007176-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

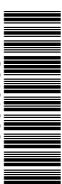
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Laelson de Jesus Santana
Endereço do(a) Examinado(a): Avenida Melício Machado, 325
Atalaia Aracaju SE CEP: 49037-440
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SE] 2.365.740-5
Data local do exame: [18/03/2015] Aracaju [SE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

EXTENSO FERIMENTO NA PANTURRILHA À DIREITA.
AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO MARCHA CLAUDICANTE (+/4), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA IRREGULAR E RETRAÍDA NA FACE LATERAL DA Perna COM PERDA DE SUBSTÂNCIA (TECIDO) NA PANTURRILHA, FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA (+/4).
O PERICIADO REFERE PARESTESIA E EDEMA NA Perna E TORNOZELO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja “Não”, favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja “Não”, prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

O PERICIADO FOI ADMITIDO NO HOSPITAL EM 18/11/2012 E RECEBEU ALTA NO DIA 19/11/2012. O QUADRO FOI TRATADO COM CIRURGIA PLÁSTICA REPARADORA E ROTAÇÃO DE RETALHO, HOUVE NECROSE DO FERIMENTO SENDO REALIZADO DESBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS E CICATRIZAÇÃO PÓR 2^a INTENÇÃO, EVOLUIU COM ESTABILIZAÇÃO DAS LESÕES DO PONTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Caso a resposta seja “Não”, concluir dentre as opções no item IV “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item IV opções “b” ou “c”

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() “Vítima em tratamento”

() “Sem sequela permanente”

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

Vide motivo do impedimento no campo das observações

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR DIREITO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = “100% da IS”

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Manoel Otacílio Nascimento Junior
Clínica e Auditoria Médica
CRM 1827



MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

DATA DO ENVIO

No. DO BE: 726089

DATA: 18/11/2012

HORA: 23:44

USUARIO: KJSDDORES

CNS: 162067214000004

SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : LAELSON DE JESUS SANTANA

DOC...: 2365740

IDADE....: 23 ANOS NASC: 13/01/1989

SEXO..: MASCULI

ENDERECO....: RUA CAMPOS

NUMERO: 75

COMPLEMENTO....: CJ JOAO ALVES BAIRRO: TAICOCA

MUNICIPIO....: NOSSA SENHORA DO SOCORRO

UF: SE CEP...:

NOME PAI/MAE...: JOSE MANOEL DE SANTANA

/CRISTINA DE JESUS BENTO

RESPONSAVEL....:

SEGURTEL...: 3254126

PROCEDENCIA....: TAICOCA DE FORA

ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

CASO POLICIAL.: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO

ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Paciente vítima DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
Acidente motociclistico com lesão em Parva D. Nasal
Sofre de toracalgia; c. 88 min; D. Alargada 15; E. Leve em
Parva D.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Nas alterações neuromotoras

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAC

- (1) Dto. n.1 oral cr + s/ junc. 1a gr. no furo
 (2) Kg/hm 1a gr + 1g de kifazol.
 (3) AT 01a gr. fm

DATA DA SAIDA:

HORA DA SAIDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO

[] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

Realizado sutura do FCC m peine direta.

Toxide nega queixa toxicica ou abdominal.

Alta hospitalar c/ medicacao e orientações.





GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Fundação
Hospitalar
de Saúde

RELATÓRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Jaelson de Jesus Santana

DATA DA ENTRADA: 18/11/2012

DATA DA SAÍDA: 19/11/2012

INTERNAMENTO: PS() ENFERMARIA() UTI()

HISTÓRICO CLÍNICO:

Paciente vítima de acidente de trânsito, deu entrada no HUSe com ferida corto-contusa na perna direita. Foi medicado, suturado e recebeu alta hospitalar com orientações.

HISTÓRICO CIRÚRGICO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

MÉDICOS ASSISTENTES:

Dr Thiago Lima Ferreira - CRM 3794

CONDIÇÕES DE ALTA: MELHORADO() TRANSFERIDO() ÓBITO()

ARACAJU, 4 de junho de 2014

felma - CRM 1532

MÉDICO DO SETOR DE ANÁLISE DE PRONTUÁRIO

Obs.: Dados obtidos mediante análise do prontuário.

Xa. Sônia T. da C.S. Mendes
Pediatra
CRM 1532



Lima Rodrigues
(3189)
Cirurgia do Quadril

Franco Cabral
(680)
Rumatologia / Cirurgia

al Moraes
(0 23382)
Mão / Dor

Rocha Melo
(2232)
Cirurgia do Joelho

po de Andrade
(1295)
Ortopedias Fraturas

abral Duarte
(4103)
Mão do Ombro e Cotovelo

lo de Vasconcelos
(3268)
Cirurgia do Joelho

a Carvalho Filho
(711)
urgia do Joelho / Video
scopia

m Albuquerque II
(4224)
Rumatologia / Cirurgia
joelho

Siqueira Santana
(2213)
Ortopedia Pediátrica

ar Siqueira Santana
(2481)
mento e Reconstrução
skeletal

Anjos Bourbon
(713)
ngia / Cirurgia do Joelho

uedes de Oliveira
(2091)
mento e Reconstrução
skeletal

Oliveiro Júnior
(3191)
Cirurgia do Joelho

do Andrade
(680)
urgia do Tornozelo e Pé

Masayuki Ishii
(2776)
Cirurgia da Coluna
a e Dor

Moura Rocha
(3592)
ia do Joelho, Tornozelo
Pé

Ishii
(1276)
rgia do Joelho / Video
/ Acupuntura

Ribeira Santiago
(2598)
Cirurgia do Quadril

do de Lima Júnior
(3726)
Cirurgia da Coluna

abral de Melo
(3385)
ia do Ombro e Cotovelo

Mendonça Cardoso
(1277)
Medicina Desportiva
/ Video Artroscopia

is Pinheiros, Jardim
(3036)
Membros Superiores

SABEM I SEGURAL
13 AGO. 2014



Relatório M

IRADORES ANEIR (PRONTO
ORTOP

OSR. Lelson de Jesus Souza
25 anos de idade, colidiu
com a moto em outro motociclista
chacote e cair ao solo em
2012.

Em consequência do acidente
sofreu fratura Colônia Lateral
teus de 18 cm na face lateral
do perna D.

Atendido no Huse, foi realizada
l impoze cirúrgico + sutura
Endereçou recuperação do rebolo
cicatrização por 2º intencão



Luisa Rodrigues
(3189)
Cirurgia do Quadril

Franco Cabral
(3880)
Umautologia / Cirurgia

Al Moraes
(0 23380)
Dor / Dor

Rocha Melo
(2232)
Cirurgia do Joelho

João de Andrade
(1295)
Ortopedista Fraturas

Abril Duarte
(4183)
Dor do Ombro e Cotovelo

de Vasconcelos
(3258)
Cirurgia do Joelho

Carvalho Filho
(4711)
Cirurgia do Joelho / Video
scopia

N Albuquerque II
(4224)
Umautologia / Cirurgia
Oftalo

Siqueira Santana
(2213)
Ortopedia Pediátrica

Dr Siqueira Santana
(2481)
Cirurgia e Reconstrução
de ossos

Anjos Bourbon
(4713)
Cirurgia / Cirurgia do Joelho

Jeddes de Oliveira
(2091)
Cirurgia e Reconstrução
de ossos

Oliveira Júnior
(3191)
Cirurgia do Joelho

João Andrade
(4804)
Cirurgia do Tornozelo e Pés

Masayuki Ishi
(2776)
Cirurgia da Coluna
e Dor

Moura Rocha
(3592)
Dor do Joelho, Tornozelo
Pés

Ishii Yuki
(1276)
Cirurgia do Joelho / Video
/ Acupuntura

Iválio Santiago
(2598)
Cirurgia do Quadril

João de Lima Júnior
(3725)
Cirurgia da Coluna

Abril de Melo
(4385)
Dor do Ombro e Cotovelo

Mendonça Cardoso
(1277)
Medicina Desportiva
/ Video Artroscopia

Pinheiro Júnior
(3036)
Membros Superiores

SABEMI SEGURADORA S/A.

13 AGO. 2014

PRONTO
CLÍNICO ORTOPÉDICO

Apesar dos procedimentos
coram seteles definitivos
julgados o paciente, e
aberto relaciocados.

- (a) Cicatriz retrótil e frangida
esterno na perna.
(b) Dor na perna exposta
mesmo no repouso.
(c) Hipersensibilidade local

Assassinado 11/07/2014
Hulé

Dr. Masayuki Ishi
Médico Ortopedista
/ CRM: 1276





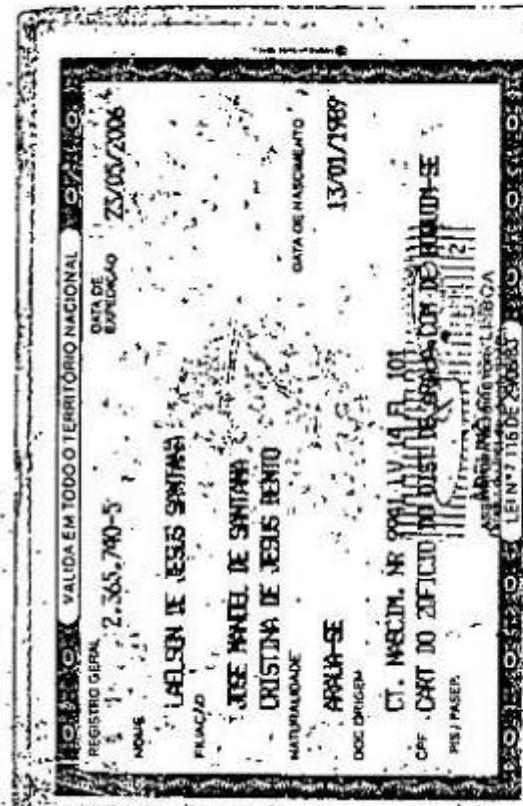
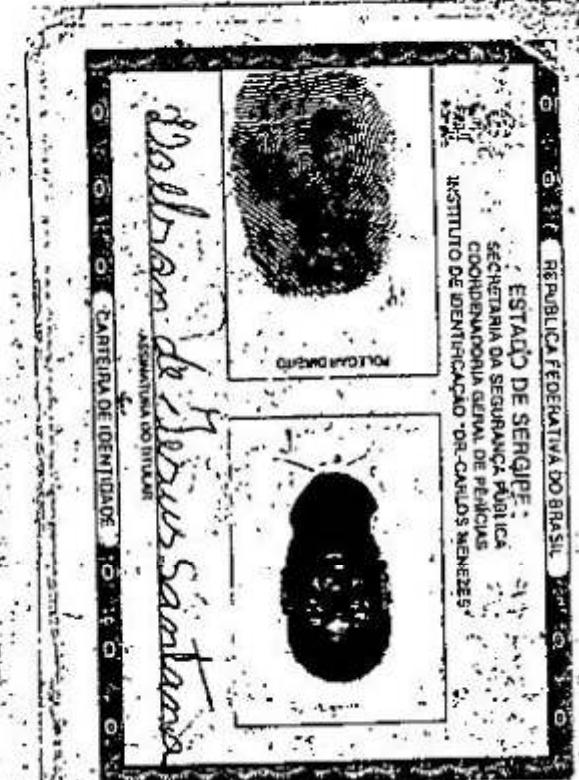
SABEM/SEGURADORA S/A

13 AGO. 2014

RIO DE JANEIRO

*1004037

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

SABEMISSEGURADORA S/A.
13 AGO. 2014
RIO DE JANEIRO

Nº do CPF: 051.387.385-69

Nome da Pessoa Física: LAELSON DE JESUS SANTANA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 08:58:48 do dia 08/08/2014 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: CEFC.80B9.B933.A69B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039

Nº DO SINISTRO _____



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, Adson de Jesus SantanaPORTADOR(A) DO RG N° 2366740-5 EXPEDIDO POR _____ EM _____CPF 0513187386-69 / CNPJ _____ PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

SAREMI SEGURADOR
R/ 2015
JANEIRO

Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos relacionados **não devem** de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMILIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPIANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível na endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL OU CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3570 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7176-5
(C.F. C13)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Aracaju, 23 de Janeiro de 2015
LOCAL E DATA

Adson de Jesus Santana
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO _____

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-022121.





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA DE SERGIPE
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL SERGIPE
DELEGACIA INTERATIVA

Boletim de Ocorrência N°: 196142
 Data de Registro: 01/08/2014 15:21:47

Situação: PENDENTE

(Este BO ainda não foi validado, favor tentar novamente mais tarde)

ITEM DA OCORRÊNCIA

Data: 18/11/2012 Período: NOITE (18:00 - 23:59)

LOCAL DO FATO

Endereço: AV. SÃO PAULO Número: Bairro: Cidade: ARACAJU / SE

Ponto de Referência:

DECLARANTE

Nome: LAELSON DE JESUS SANTANA

Nome Mãe: CRISTINA DE JESUS BENTO

Data de Nascimento: 13/01/1989 Naturalidade: ARAUÁ Natural de: SE Profissão:

Telefone de Contato: (79)9827-1240 Ramal:

RG: 23657405 Órgão emissor: SSP-SE Estado Emissor: SE Data de Expedição: 23/05/2006

CPF: 05138738569



LOGRADOURO

Endereço: AV. MELICIO MACHADO Número: 325 Bairro: ARUANA

CEP: 49037440 Cidade: ARACAJU / SE

DADOS DO VEÍCULO

Ano: 2008 Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Placa: IAF 0976 Chassi: 9C2JC30708R2 Possui Seguro:
 NÃO Cor: PRETO

BREVE DESCRIÇÃO DO FATO:

RELATA O NOTICIANTE QUE PILOTAVA O VEÍCULO DE PLACA IAF 0976 EM NOME DE JOSÉ ALINILSON JESUS SANTANA QUANDO EM DETERMINADO PONTO DO TRAJETO UM PEDESTRE ATRAVESSOU O SEU CAMINHO DE FORMA INDÉVIDA, O QUE LEVOU O NOTICIANTE A PERDER O CONTROLE DO VEÍCULO VINDO CONSEQUENTEMENTE A CAIR E SOFRER LESÕES.

Laelson de Jesus Santana





Eu, LAELSON DE JESUS SANTANA, portador da carteira de identidade nº 2365740-5 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051387385-69, residente e domiciliado na AV. MELÍCIO MACHADO, 325, ARACAJU, Cidade ARACAJU, Estado SERGIPE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
 () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Laelson de Jesus Santana

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

ARACAJU-SE, 08/08/2014

Local e data





DE VIGILANCIA E DEMONSTRATIVA

MS/DATASUS

HOSPITAL GOVERNADOR JOAO ALVES FILHO

ENVIO

NO. DO BE: 726089 DATA: 18/11/2012 HORA: 23:44 USUARIO: KJSDDORES
 CNS: 162067214000004 SETOR: 06-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: LAELSON DE JESUS SANTANA DOC...: 23657
 IDADE: 23 ANOS NASC: 13/01/1989 SEXO.: MASCULINO
 ENDERECO: RUA CAMPOS NUMERO: 75
 COMPLEMENTO: CJ JOAO ALVES BAIRRO: TAICOCA
 MUNICIPIO: NOSSA SENHORA DO SOCORRO UF: SE CEP...:
 NOME PAI/MAE: JOSE MANOEL DE SANTANA /CRISTINA DE JESUS BENTO
 RESPONSAVEL: / TEL...: 325411
 PROCEDENCIA: TAICOCA DE FORA
 ATENDIMENTO: ACIDENTE MOTOCICLISTICO
 CASO POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 ACID. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: SIM

PA: [X mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] T
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS: Paciente vítima de DATA PRIMEIROS SINTOMAS:
 Acidente motociclistico. A. Unha de ferro em Perna D. Fratura
 b. Fractura de toracotoracica; C. Fratura de costela; D. Fratura de Perna D.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Nao se encontra com paramentos

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICAMENTOSA

*(1) Dofazol 200mg + Diphenox 10mg nos 30min
 (2) Ketorolac 100mg + lg. de Líquido.
 (3) at Olhos. Em*

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO

[] DESISTENCIA

[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: []ATE 48HS [] APOS 48HS

[] FAMILIA [] IML [] ANAT. P

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO

*Realizado o setor da FCC em plena clareza.
 Fraturas negras toracicas ou abdominais.
 Alta hospitalar c/ medicacao e orientações.*