
Rio de Janeiro, 10 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200243842

Vítima: JAILSON MORAIS DE SANTANA

Data do Acidente: 13/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON MORAIS DE SANTANA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 23 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200243842

Vítima: JAILSON MORAIS DE SANTANA

Data do Acidente: 13/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON MORAIS DE 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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **JAILSON MORAIS DE SANTANA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **237**

Agência: **000001729-9**

Conta: **0000065498-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200243842

Vítima: JAILSON MORAIS DE SANTANA

Data do Acidente: 13/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON MORAIS DE SANTANA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 21/08/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200243842 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON MORAIS DE SANTANA **Data do acidente:** 13/04/2020 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DA MÃO DIREITA.

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 RESIDUAL DA MÃO DIREITA.

**Documentos
complementares:**

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		Total	7 %	R\$ 945,00



CIC



CIC



CIC

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **Jailson Moraes Santana** ENFERMARIA/LEITO: **18/163**
IDADE: **36** SEXO: **Mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
DATA DE ADMISSÃO: **14/04/2020** DATA DE ALTA: **26/04/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **12 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE OSSOS DA MÃO DIR.** CID: **S62**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: **O MESMO**

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: **RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA**

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA:
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA:
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO

RESUMO CLÍNICO:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE OSSOS DA MÃO, SUBMETIDO À TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIOS DE KIRSCHNER. RECEBE ALTA, ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE CUIDADOS A SEREM TOMADOS, RECEITA MÉDICA, E RETORNO AMBULATORIAL.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...
REPOUSO: Relativo em casa por: **15 DIAS**
Retorno às atividades sem esforço físico em: **30 DIAS**
Retorno às atividades com esforço físico leve em **45 DIAS** e com esforço maior em **90 DIAS**.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.
Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em **21 DIAS**.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **15 dias** para revisão. Médico: **Dr Fídias**

26/04/2020 Data
Dr. Fídias Luciano Matias Assinatura do Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RN 6990 CRM-PB 13263

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



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Laudo médico

Jairson Moura
de Souza teve foi
submetido a trat.
cirúrgica com fixação
de fratura metacarpo
na mão D.

Evane com infecção
e restrição da
movimentação.

Dr. Fátima F. Borborema
CRM-PB 5395
CRM-PE 1654
Assinatura 5807 9876

03/07/20

VALIDA EM TODOS OS ESTADOS

REGISTRO
GERAL

2.861.341

AVIA

27/03/2008

NO ME

JAILSON MORAIS DE SANTANA

FILIAÇÃO

MARIA DE FATIMA MORAIS DE SANTANA

NATURALIDADE

JOAO PESSOA-PB

DOC ORIGEM

NASC.N.28382 FLS.187 LIV.27

CARTORIO J PESSOA

CPF

DATA DE NASCIMENTO

13/05/1983

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 116 DE 29/06/83

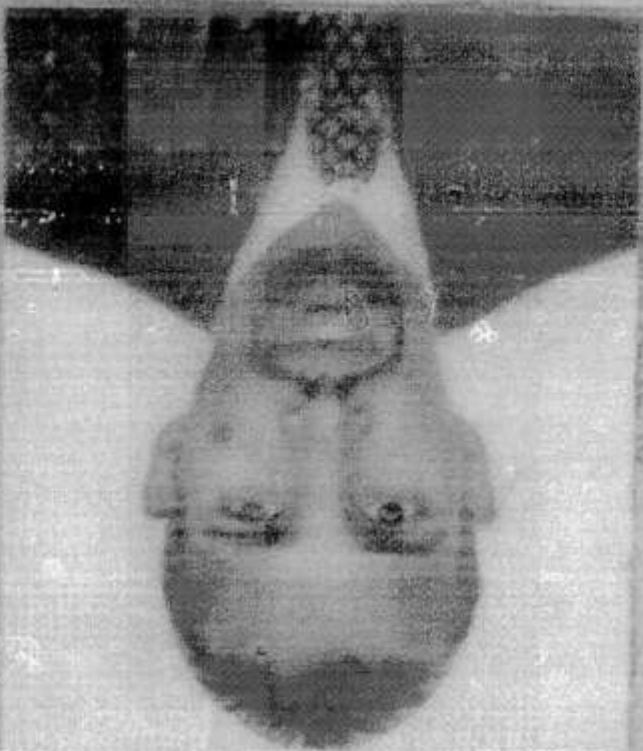
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

INSTITUTO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

P. 06

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Wilson Machado de Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

094.425.594-94

Nome

JAILSON MORAIS DE SANTANA

Nascimento

13/05/1983

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradodalider.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 04
 Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 9135

Número do pedido DPVAT:	Data da solicitação: 38/08/2020
Nome do beneficiário: <i>Jailson Moraes de Santana</i>	CPF do beneficiário: 09442559494
Nome do solicitante:	CPF do solicitante:

DADOS PARA CONTATO		
Tel. Celular: (83) 98663-4900	Tel. Comercial: ()	Tel. Residencial: ()
E-mail:		

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO		
<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO		
<input type="checkbox"/> DISCORDO DA NEGATIVA	<input checked="" type="checkbox"/> DISCORDO DO VALOR RECEBIDO	<input type="checkbox"/> DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?		
<input type="checkbox"/> NÃO	<input checked="" type="checkbox"/> SIM, informe qual(s) documento(s) está(s) sendo entregue(s):	<input checked="" type="checkbox"/> Novos documentos médicos <input type="checkbox"/> Laudo do IML <input type="checkbox"/> Boletim de Ocorrência <input type="checkbox"/> Notas fiscais complementares <input type="checkbox"/> Outros:

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

João Pessoa - PB 38/08/2020
Local e Data
Jailson Moraes de Santana
Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0190870/20

Vítima: JAILSON MORAIS DE SANTANA

CPF: 094.425.594-94

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 13/04/2020

Titular do CPF: JAILSON MORAIS DE SANTANA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JAILSON MORAIS DE SANTANA : 094.425.594-94

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/07/2020
Nome: JAILSON MORAIS DE SANTANA
CPF: 094.425.594-94

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JAILSON MORAIS DE SANTANA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA