

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678573

Cidade: Floriano

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Data do acidente: 25/07/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito.

Descrição do exame físico: Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito, apresentando ao exame físico, dor e edema aos esforços, deformidade, e limitação dos movimentos das articulações do quadril à esquerda e joelho direito.

ADM da articulação do quadril esquerdo - Flexão - 0 a 110°.

Extensão - 0 a 9°.

Adução - 0 a 13°.

Abdução - 0 a 40°.

Rotação interna - 0 a 40°.

Rotação externa - 0 a 40°.

ADM da articulação do Joelho Direito - Flexão - 0 a 105°.

Extensão - 105 a 0°.

Resultados terapêuticos: Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito; realizado tratamento conservador; realizado tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678573

Cidade: Florianópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Data do acidente: 25/07/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito.

Descrição do exame físico: Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito, apresentando ao exame físico, dor e edema aos esforços, deformidade, e limitação dos movimentos das articulações do quadril à esquerda e joelho direito.

ADM da articulação do quadril esquerdo - Flexão - 0 a 110°.

Extensão - 0 a 9°.

Adução - 0 a 13°.

Abdução - 0 a 40°.

Rotação interna - 0 a 40°.

Rotação externa - 0 a 40°.

ADM da articulação do Joelho Direito - Flexão - 0 a 105°.

Extensão - 105 a 0°.

Resultados terapêuticos: Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito; realizado tratamento conservador; realizado tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Florianópolis.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

SOLICITAÇÃO:

A FENASEG

VÍTIMA: Emerson da Silva Ferreira

SINISTRO: 3190 678573

Informo a essa representada Empresa que sofri acidente de trânsito, e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V. As(s).

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia estarei com reclamação na SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Emerson da Silva Ferreira

Assinatura

Data: 18.06.2020

Peco que me convoquem para perícia do Seguros, pois não estou satisfeito com a avaliação e resultados da avaliação do médico que me periciou. Do acidente sofri lesões graves e tenho sequelas permanentes em joelho direito e quadril me impossibilitando a desenvolver minhas atividades diárias. Peco uma nova perícia médica e uma nova reavaliação para constatação da gravidade real da seqüela adquirida, é assim me pagarem a indenização que realmente tenho o direito.

Emerson da Silva Ferreira

**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.

Número do Sinistro: **3190678573**

Nome do(a) Examinado(a): **EMERSON DA SILVA FERREIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Padre Cícero, 46 - Cajueiro II - Floriano - PI - CEP 64807-540

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PI**] **3.855.536**

Data e local do acidente: [**25/07/2019**] **Via pública**

Data e local do exame: [**12/12/2019**] **Floriano** [**PI**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito, apresentando ao exame físico, dor e edema aos esforços, deformidade, e limitação dos movimentos das articulações do quadril à esquerda e joelho direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito; realizado tratamento conservador; realizado tratamento fisioterápico; evolui com dor e edema aos esforços, deformidade, e limitação dos movimentos das articulações do quadril à esquerda e joelho direito.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Deformidade com DANO;

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Quadril à esquerda

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Joelho Direito

% do dano: () 10% residual (☒) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

DAM da articulação do quadril esquerdo - Flexão - 0 a 110°. Extensão - 0 a 9°. Adução - 0 a 13°. Abdução - 0 a 40°.

Rotação interna - 0 a 40°. Rotação externa - 0 a 40°. DAM da articulação do Joelho Direito - Flexão - 0 a 105°. Extensão - 102 a 0°.



Abdias Viana dos Santos Junior - CRM: 2031 - PI

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434174/19

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

CPF: 070.457.933-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/07/2019

Titular do CPF: EMERSON DA SILVA
FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EMERSON DA SILVA FERREIRA : 070.457.933-24

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: 05/12/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1012642520

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1012642520

PROIBIDO PLASTIFICAR

1012642520

NOME
AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
195451 SSP PI

CPF
077.532.253-91

DATA NASCIMENTO
02/03/1954

RELAÇÃO
JOAO ODORICO FERREIRA
LUIZA MARIA DA
CONCEIÇÃO FERREIRA

PERMISSÃO
ACC

CAT. HAB.
AC

Nº REGISTRO
03326825915

VALIDADE
10/12/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/01/1991

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
19/12/2014

55065857216
PI314035559

SAN MARTIN COQUEIRO LINHARES
DIRETOR-GERAL DO DETRAN-PI
ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN-PI (PIAUÍ)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013936216206

VIA 1 CDD. RENAVAM 01052691592 R.N.T.R.C. EXERCÍCIO 2019

NOME ROSILENE PEREIRA DA SILVA SANTOS

CPF / CNPJ 84934700315 PLACA PIH-9364

PLACA ANT. / UF CHASSI 9C2KD0810FR450624

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NEUTRA COMBUSTÍVEL ALCOOL/GAS

MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB. 2015 ANO MOD. 2015

CAP / POT / CIL 02P/0162CC CATEGORIA PARTICU COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS 1ª IPVA

FAIXA IRVA PARCELAMENTO / COTAS 2ª PAGO 3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. HON DA NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

FLORIANO LOCAL DATA 30/04/2019

SELO DE REGISTRO DO VEICULO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU POR SUA CARGA - A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013936216206 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 30/04/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 84934700315 PLACA PIH-9364

RENAVAM 01052691592 MARCA / MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2015 CAL. TARE 09 Nº CHASSI 9C2KD0810FR450624

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 000,00 (R\$) 000,00 (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE DUTACÃO 30/04/2019

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.546.808/0001-04

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Emerson da Silva Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERALDATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME 3855536

27/09/2019

EMERSON DA SILVA FERREIRA

FILIAÇÃO

ROSILENE PEREIRA DA SILVA
ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA FERREIRA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

FLORIANO - PI

29/01/1998

DOC. ORDEM

CERT. NASCIMENTO 28485 L 130 F 268

EXP. FLORIANO - PI 13/04/1998

070.457.933-24

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

RELATÓRIO DE FISIOTERAPIA

Relato para os devidos fins que **EMERSON DA SILVA FERREIRA**, portador da ID 3855536, CPF 070.457.933-24, sofreu acidente automobilístico no dia 25/07/2019 e teve atendimento no Hospital Tibério Nunes, onde foi diagnosticado fratura do joelho direito e fratura do acetábulo do quadril esquerdo, sendo tratado conservadoramente com uso de aparelho de gesso em toda extensão da perna direita. Deu início ao tratamento de fisioterapia no dia 08/10/2019 e teve alta definitiva no dia 25/11/2019, após a alta relata sentir dor, formigamento, tremores ao movimento, edema aos esforços, mobilidade diminuída devido ao desconforto, diminuição da amplitude de movimento e da força muscular. Na avaliação física foi constatado diminuição da ADM de 30% dos movimentos do joelho e quadril com grau 3 de força muscular (presente 55% da força do membro afetado). Paciente sente dificuldades em realizar suas atividades laborais e de vida diária.

CID: S82 + S72.0

Florianópolis – Pi, 25 de novembro 2019


CIBELLE SILVA FERREIRA
Fisioterapeuta
CREFT. 0: 187.648-F



REGISTRO DE Ocorrência
FLORIANO-PI

USA



DATA: 05/07/19 HORA: LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA BK 2310 Nº
BAIRRO: Luperão II CIDADE: NOME DO PACIENTE: Emerson da Silva Fervian
SEXO: ☒ M ☐ F / IDADE: 21

CONTROLE DO TEMPO		
SAÍDA DA BASE	CHEGADA AO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL
07:21		
CHEGADA AO HOSPITAL	SAÍDA DO HOSPITAL	RETORNO À BASE
	7:32	07:45

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:			
U.CLÍNICA -ADULTA	U.CLÍNICA-PEDIÁTRICA	ACIDENTE DE TRANSITO	OUTROS:
AGRESSÃO FÍSICA	MAL SÚBITO	TIPO VÍTIMAS	
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA	URGÊNCIA OBSTÉTRICA	INTOXICAÇÃO EXÓGENA: 02	
ENVENENAMENTO	QUEDA	QUEIMADURA	RECUSA DE ATEND/TRANSPORTE
AFOGAMENTO	FAB	ACIDENTE ANIMAL PEÇONHENTO	JÁ REMOVIDO
	FAF	CHOQUE ELÉTRICO	FALSO CHAMADO
			ÓBITO

AVALIAÇÃO GERAL							
ALERTA	AUSENTE	ISOCÓRICAS	NORMOSIGMICO	NORMAL			
RESPOSTA AO COMANDO	MÍNIMO	ANISOCÓRICAS	TAQUISIGMICO	CONFUSA			NORMAL
RESPOSTA A DOR	MODERADO	MIDRIASE	BRADISIGMICO	NENHUMA			CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
SEM RESPOSTA	INTENSO	MIOSE	AUSENTE				NENHUMA
							GLASGOW Nº

PULSO (BPM):	71
RESPIRAÇÃO (IPM):	16
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg):	100 x 80
SATURAÇÃO DE O2 (%):	98
TEMPERATURA (°C):	
GLICEMIA CAPILAR:	

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES
FLORIANO-PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 12-08-19
ASSIN: [assinatura]

OBSERVAÇÕES: foto colada em outra
foto refere dor na coluna
e na perna

PROCEDIMENTOS REALIZADOS		
IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL	RESPIRAÇÃO ARTIFICIAL	ADM DE OXIGÊNIO
IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO	ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA	RETIRADA RÁPIDA COM KED
ACESSO VENOSO SOL:	DEFIBRILAÇÃO VENTRICULAR	ADM DE GLICOSE
RCP	ASPIRAÇÃO	% / AMP:
INCUBADORA NEONATAL	VIA AÉREA DEFINITIVA	HEMOSTASIA
		VIA AÉREA PROVISÓRIA

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA		
DRUGA	QUANT	VIA

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

APOIO SOLICITADO: ☐ NÃO NECESSITOU ☐ POLÍCIA ☐ BOMBEIROS ☐ USB ☐ OUTRO

RECEPÇÃO - HOSPITAL

EQUIPE SAMU (MÉDICO, ENFERMEIRO, TEC. ENF., CONDUTOR)

**HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES**

GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.513.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0659496
Data: 25/07/2019
Funcionario: DORILENE

Registro: 26017
Hora: 07:59:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 23

SUS

EMERSON DA SILVA FERREIRA

Nasc.: 29/01/1998 Idade: 21 ANOS, 6 MESES, 27 DIAS Profissão:

End.: JOSE DORNELES, 344 -

Bairro: TIBERAO

Cidade: FLORIANO/PI

Cor: PRETA

Telefone: () -

Mãe: ROSILENE PEREIRA DA SILVA

Pai: ANTONIO JOSE DA SILVA FERREIRA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: EMERSON DA SILVA FERREIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

25/07/2019 7:59 (301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

T.C. do quadril.

Exame clinico/fisico:

T.C. do joelho direito

Diagnostico provavel:

Fratura AO antepedia
Fratura Alantolite Telle

Medicação:

Fratura
Alantolite
Fratura

Fratura consensual

Dr. Nagib Demeis Filho
MÉDICO
CRM-PI 896

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Dupontaur clamp + AD. eu

Dr. Márcio Dias
MÉDICO
CRM-PI 111

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 12/08/19

ASSIN. Esterlany

1/ Fratura - p do Bacia (194)
Joelho (194) - 19/11

HOSPITAL REGIONAL
TIBÉRIO NUNES

TIME TC Bacia e Joelho (194)
12/08/19 08:20

040805026/389

0408050268/834

0304060400

Dr. Francisco
MÉDICO
CRM-PI 111

Dr. Danilo Ribamar Leal Machado
Tecnólogo Em Radiologia
CRTR: 00281N

Joanna da Santa

Responsavel: EMERSON DA SILVA FERREIRA

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHA, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.553.564/0103-62
(89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Acolhimento)

Atendimento: P0659496
Data: 25/07/2019
Funcionario: DORILENE

Registro: 26017
Hora: 07:59:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO

Senha 23

SUS

EMERSON DA SILVA FERREIRA

Nasc.: 29/01/1998 Idade: 21 ANOS, 6 MESES, 27 DIAS Profissão:
End.: JOSE DORNELES, 344 - Bairro: TIBERAO
IBGE: 2203909 Cor: PRETA Mãe: ROSILENE PEREIRA DA SILVA

CPF: - RG: 3855536/pi - SUS: 898003991762813
Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-000
Cidade: FLORIANO/PI
Pai: ANTONIO JOSE DA SILVA FERREIRA

Clinica: **ACOLHIMENTO** Documento: - HOSPITAL TIBERIO NUNES
Responsavel: EMERSON DA SILVA FERREIRA - O MESMO

Procedimentos

25/07/2019 7:59 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☒ Verde - Pouco ☐ Azul - Não Urgente

Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTO

QUEIXA/HISTÓRIA

DOR NA LOMBAR À ESQ. + ALGIA E ESCORIAÇÃO ESNO JOELGO ESQ.

OBSERVAÇÃO

SINAIS VITAIS

PA: 100/80 mmHg

TAX: 0°C

FR: 0 mrpm

FC: 0 bpm

Glicemia: 0 mg/dl

Peso: 0 kg

ALERGIAS

MEDICAÇÃO USUAL

CONDUTA

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUI
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 12/08/19
ASSIN. *[Assinatura]*

Responsavel: EMERSON DA SILVA FERREIRA

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES



HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUINHÁ, FLORIANO/PI - 64800-000
CNPJ: 06.135.564/0103-62
(89) 3522-489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)
Atendimento: P0663224
Data: 09/08/2019
Funcionario: RUBENITA
Registro: 26017
Hora: 09:17:00
Tipo: CONSULTA
Sexo: MASCULINO
SUS

Senha **71**

EMERSON DA SILVA FERREIRA

Nasc.: 29/01/1998 Idade: 21 ANOS, 7 MESES, 11 DIAS Profissão:
End.: JOSE DORNELES, 344 - Bairro: TIBERAO Cidade: **FLORIANO/PI**
Cor: PRETA Telefone: () - Mãe: ROSILENE PEREIRA DA SILVA Pai: ANTONIO JOSE DA SILVA FERREIRA

Clinica: **ORTOPEDIA** Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES
Responsavel: EMERSON DA SILVA FERREIRA - O MESMO Temp.: °C Peso: Kg P.A.:

Procedimentos

09/08/2019 9:17 301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☒ Azul - Não Urgente

Queixa principal: R TORNADO ORTOPEDICO

Exame clinico/fisic *15 dias, nãoo com*

Diagnostico provav l: *bono almento.*

Medicação: *Rc ambrun*

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

*1) Rax - x de Bone. (AD)
2) Rax - x de joelho @ / no Rpt.*

*0408010524595
04080502681822
030106060*

HOSPITAL REGIONAL TIBERIO NUNES
CNPJ: 06.135.564/0103-62
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA 08/11/2019
maria clara

Elisang Leal da Silva

RELATÓRIO MÉDICO

Relato que o paciente Emerson da Silva Ferreira, 22 anos, RG 3855536, CPF 070.457.933-24, foi atendido no Hospital Regional Tibério Nunes na cidade de Floriano - PI no dia 25/07/2019, com Ficha de Atendimento de número P0659496, vítima de acidente motociclístico devidamente registrado com Boletim de Ocorrência de número 104346.003247/2019-90, com exames de imagem evidenciando fratura de acetábulo esquerdo e fratura do joelho direito, submetido a tratamento conservador. Após a alta, evolui com dor edema aos esforços, limitação de flexão do joelho direito de aproximadamente 30% e diminuição da força muscular dos membros inferiores de aproximadamente 30%. Alta ortopédica.

CID: S-32.4

Floriano 20/03/2020



Dr. Felipe Nunes de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PI: 4315 / TEOT 14175

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Iguitinho Ferreira do Nascimento, inscrito (a) no CPF sob o Nº 077.532.253/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Emerson da Silva Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.457.933/24, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Emerson da Silva Ferreira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.457.933/24, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Bento Soares</u>		Número	<u>262 A</u>	Complemento	—
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Ilhoroano</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email	—		Telefone comercial(DDD)	89-3521 2793		
			Telefone celular (DDD)	89-99924 0114		

Ilhoroano 03 de dezembro de 2019
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 750 - Centro-Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 06.902.746/0001-00 - Emissão: 19/07/2019
Inscrição Estadual nº 15.439 de 26 de abril de 2002
Inscrição Municipal nº 10.439 de 26 de abril de 2002

Nº da Nota Fiscal 25845682

Unidade Substância de Energia Elétrica - TETI Teresina
CNPJ nº 06.902.746/0001-00 - Emissão: 19/07/2019

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2019	21/08/2019	37	28,73

DAMILIO DA SILVA FERREIRA
R. PADRE CICERO 46 CAJUEIRO II CAJUEIRO II
CID - 63.846-79243-00
CID - 63.846-79243-00 FLORIANO RDT: 105.800.12.44.149506

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual	14/08/2019
Anterior	16/07/2019
Consumo de Medição	13/09/2019
Consumo Médio	12/08/2019
Consumo Mínimo	14/08/2019
Consumo Máximo	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	62193/12		1.1.1.1	61

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	Consumo	Descrição	Valor
Jul-19	68	CONTRIB	1º A R\$ 0,697477 = 25,80
Jun-19	54	CONTR. TRIBUTAÇÃO IMOB. (COSIP)	1,10
Mai-19	51	CORREÇÃO JUNT. TANTA IG. 06/19 000	0,31
Abr-19	53	MULTA POR ATRASO 06/19 000	0,04
Mar-19	79	JUROS POR ATRASO 06/19 000	0,59
Fev-19	0	ADICIONAL BANCILIRA AMARELA	0,28
Jan-19	0	ADICIONAL BANCILIRA VERMELHA	0,71
Dez-18	0		
Nov-18	0		
Out-18	0		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Valor R\$ 28,73

Para a unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica, a partir do vencimento da conta, a unidade consumidora deverá pagar o valor devido, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica.

LIGUE 0800 086 0880 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		IMPOSTOS/TAXAS (R\$)	
Distribuição	6,96	Base de Cálculo	25,80
Energia	13,43	Alíquota ICMS	
Demorações	2,72	Valor do ICMS	
Energia	1,11	Valor do PIS	
Tratante		Valor do COFINS	1,40%
			0,36
			1,67

ROT: 105.800.12.44.149506 SEU CÓDIGO TOTAL A PAGAR - R\$

cepisa 1699752-2 28,73

08/2019 21/08/2019

Nº da Nota Fiscal 25845682 FCAH

33600000000 7 28730017000 1 000000001699 8 75220819008 8





Para contato conosco, informe esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 30394753

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	10/12/2019	40	40,39

CRISTIANE DA CONCEICAO LOPES LINHARES
R. BENTO LEAO 262 A CENTRO - B-URBANO
CPF: 00005252661782
CEP: 64.800-000 - FLORIANO

ROT: 200.800.17.19.069400

DADOS DA LEITURA	KWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	13632	23/11/2019
Anterior:	13592	23/10/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:
Consumo Medido:	40	21/11/2019
Consumo Faturado:	40	Emissão:
		22/11/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Apresentação:
		22/11/2019
	Código de Irregularidade:	Dias de Consumo:
		31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
COMERCIAL	MONO	A1441592		1.1.3.1	156

HISTÓRICO ANUAL	DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo	CONSUMO	40 A R\$ 0,904643 = 36,18
OUT/19 54	CONTR. ILUMINACAO P.B. (COSTIP)	1,10
SET/19 116	MULTA POR ATRASO 09/19-00	2,12
AGO/19 162	JUROS POR ATRASO 09/19-00	0,99
JUL/19 175	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,15
JUN/19 196	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,22
MAI/19 190		
ABR/19 149		
MAR/19 182		
FEV/19 173		
JAN/19 142		
TARIFA SEM TRIBUTOS:		
0 A 40 - 0,904643		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 07/12/2019. O não pagamento por 05 dias consecutivos também é incluído no nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

30394753 15 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 9ESC. C943.ECA7.0C17.B751.19C7.BDFF.C934

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 7,62	Base de Cálculo: 36,18
Energia: 14,70	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 2,48	Valor do ICMS: 7,95
Encargos: 1,21	Valor do PIS: 1,40%
Tributos: 10,17	Valor do COFINS: 6,49%

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
	DCE			ENC			DCE	DCEB	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual	
Limite	6,03	12,06	24,12	1,49	6,98	13,95	3,54		
Realizado	0,00			0,00			0,00		
Consumo	FLORIANO						Período de aplicação:	09/2019	2020: 43,0

ROT: 200.800.17.19.069400



EQUATORIAL PIAUI DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Rua João Cabral, 730 - Centro/Sul - Teresina-PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5

SEU CÓDIGO

1335477-9

MÊS FATURADO

11/2019

Nº da Nota Fiscal: 30394753

TOTAL A PAGAR - R\$

40,39

VENCIMENTO

10/12/2019

FCAN*

03C000000000 0 103000170000 8 000000001235 9 477911190008 0

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: — 3 - CPF da vítima: 070.457.933-24 4 - Nome completo da vítima: Emerson da Silva Ferreira

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

5 - Nome completo: Emerson da Silva Ferreira 6 - CPF: 070.457.933-24
7 - Profissão: Recuo 8 - Endereço: Rua Padre Lício 9 - Número: 96 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Casimiro II 12 - Cidade: Florianópolis 13 - Estado: SC 14 - CEP: 64.807-540
15 - E-mail: — 16 - Tel. (DDD): 89-3521-2793

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Conta Banco Brasil

AGÊNCIA: — CONTA: —

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0096 5 CONTA: 58.492 4

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: —

25 - Grau de Parentesco com a vítima: — 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: —

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: — Falecidos: — 30 - Vítima deixou nascituro (vair nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: — Falecidos: — 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Florianópolis, 03.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANÓPOLIS

USA



DATA: 05/07/19 HORA: LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA: 2230 Nº:
BAIRRO: Luperon II CIDADE: NOME DO PACIENTE: Emerson da Silva Fervian
SEXO: ☒ M ☐ F / IDADE: 21

CONTROLE DO TEMPO
SAÍDA DA BASE: 07:21 CHEGADA AO LOCAL: 7:32 SAÍDA DO LOCAL:
CHEGADA AO HOSPITAL: SAÍDA DO HOSPITAL: 7:32 RETORNO À BASE: 07:45

NATUREZA DA OCORRÊNCIA:
U.CLÍNICA - ADULTA U.CLÍNICA - PEDIÁTRICA ACIDENTE DE TRANSITO
TIPO VÍTIMAS
AGRESSÃO FÍSICA MAL SÚBITO ☒ INTOXICAÇÃO EXÓGENA 02
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA URGÊNCIA OBSTÉTRICA QUEIMADURA RECUSA DE ATEND/TRANSPORTE
ENVENENAMENTO QUEDA ACIDENTE ANIMAL PEÇONHENTO JÁ REMOVIDO
AFOGAMENTO FAF CHOQUE ELÉTRICO FALSO CHAMADO
FAT ÓBITO

AValiação GERAL
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ALERTA AUSENTE ISOCÓRICAS NORMOSÍGMICO NORMAL NORMAL
RESPOSTA AO COMANDO: MINIMO ANISOCÓRICAS TAQUISÍGMICO COAFUSA CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
RESPOSTA À DOR: MODERADO MIDRIASE BRADISÍGMICO NENHUMA NENHUMA
SEM RESPOSTA: INTENSO MUOSE AUSENTE GLASGOW Nº

SINAIS VITAIS: HORA: HORA:
PULSO (BPM): 71
RESPIRAÇÃO (IPM):
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg): 100 x 80
SATURAÇÃO DE O2 (%): 98
TEMPERATURA (°C):
GLICEMIA CAPILAR:
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES, FLORIANÓPOLIS
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 12/08/19
ASSIN: Interlan

OBSERVAÇÕES:
Pate colabou em acida
moto refere dor na coluna
e na perna

PROCEDIMENTOS REALIZADOS
IMOBILIZAÇÃO DE CERVICAL RESPIRAÇÃO ARTIFICIAL ADM DE OXIGÊNIO
IMOBILIZAÇÃO DE MEMBRO ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA RETIRADA RÁPIDA COM KED
ACESSO VENOSO SOL: DESFIBRILAÇÃO VENTRICULAR ADM DE GLUCOSAMINA
RCP ASPIRAÇÃO % / AMP:
INCUBADORA NEONATAL VIA AÉREA DEFINITIVA HEMOSTASIA VIA AÉREA PROVISÓRIA

CONDIÇÃO DE ENTRADA NO HOSPITAL:
MELHOROU ☐ PIOROU ☐ INALTERADO ☐
ÓBITO:
ANTES DO SOCORRO ☐ DURANTE O SOCORRO ☐
DURANTE O TRANSPORTE ☐

HOSPITAL DE DESTINO: ☐ HRTN ☐ OUTRO
CIDADE:

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA
DROGA QUANT VIA

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

APOIO SOLICITADO: ☐ NÃO NECESSITOU ☐ POLÍCIA ☐ BOMBEIROS ☐ USB ☐ OUTRO

RECEPÇÃO - HOSPITAL

EQUIPE SAMU (MÉDICO, ENFERMEIRO, TEC. ENF., CONDUTOR)



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 GABRIEL FERREIRA, S/N,
 MANGUINHÁ, FLORIANO/PI - 64800-000
 CNPJ: 06.513.564/0103-62
 (89) 3522-1489 - (89) 3522-1323

Ficha de Atendimento (Pronto Atendimento)

Atendimento: P0659496
 Data: 25/07/2019
 Funcionario: DORILENE

Registro: 26017
 Hora: 07:59:00
 Tipo: CONSULTA
 Sexo: MASCULINO

Senha 23

SUS

EMERSON DA SILVA FERREIRA

Nasc.: 29/01/1998 Idade: 21 ANOS, 6 MESES, 27 DIAS Profissão:
 End.: JOSE DORNELES, 344 - Bairro: TIBERAO
 Cor: PRETA Telefone: () - Mãe: ROSILENE PEREIRA DA SILVA

CPF: - RG: 3855536/PI - SUS: 898003991762813

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-

Cidade: FLORIANO/PI

Pa: ANTONIO JOSE DA SILVA FERREIRA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsavel: EMERSON DA SILVA FERREIRA - O MESMO

Temp.: °C

Peso: Kg

P.A.:

Procedimentos

25/07/2019 7:59 (301060061) ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

☐ Vermelho - Emergência ☐ Laranja - Muito Urgente ☐ Amarelo - Urgente ☐ Verde - Pouco Urgente ☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal: ACIDENTE DE MOTO

Exame clinico/fisico:

T.C. do quadril
 T.C. do joelho direito

Diagnostico provavel:

Fratura do antepedista
 Fratura do fêmur direito

Medicação:

Aliviar
 Trat. conservador

Dr. Nogib Demeis Filho
 MÉDICO
 CRM-PI 896

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Dupontamp clamp + AD, eu

Dr. Márcia Dias
 CRM-PI 896

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
 FLORIANO - PIAUÍ

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 12/08/19

ASSIN: [assinatura]

1/ Fratura do fêmur (VAF)
 joelho @ - 12/11

HOSPITAL REGIONAL
 TIBÉRIO NUNES

TC Bacia e Joelho @
 25/07/19 08:20

Daniilo Ribamar Leal Machado
 Tecnólogo Em Radiologia
 CRTR: 00281N

040805026/389

0408050268/834

0304060400

Joanna das santas

Responsavel: EMERSON DA SILVA FERREIRA

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 070.457.933-24 3 - CPF da vítima: 070.457.933-24 4 - Nome completo da vítima: Emerson da Silva Ferreira

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

5 - Nome completo: Emerson da Silva Ferreira 6 - CPF: 070.457.933-24
7 - Profissão: Ricuo 8 - Endereço: Rua Padre Lício 9 - Número: 46 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Capim II 12 - Cidade: Florianópolis 13 - Estado: SC 14 - CEP: 64.807-540
15 - E-mail: — 16 - Tel. (DDD): 89-3521 2793

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 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: — — CONTA: — —
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Conta Banco Brasil

AGÊNCIA: 0096 5 CONTA: 58.492 4
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vel nascido)? ☐ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: —

CPF: —

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Florianópolis - SC, 03.12.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
07/08/2019 - Autatendimento - 11:29:44
009673174 0328

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DÍGITADO

FAVORECIDO: EMERSON DA SILVA FERREIRA
AGÊNCIA: 0096-5
CONTA: 55.492-4
VALOR: +
NR. ENVELOPE: 2.612.877.758

* Acolhido em: 07/08/2019, na Agência 0096-5.

* VALOR SUJEITO A CONFERÊNCIA

Depósitos realizados durante o expediente
bancário serão conferidos e processados
até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente
bancário, aos sábados, domingos e feriados,
até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado,
o envelope será processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios não serão abertos
e permanecerão disponíveis por 60 dias na
agência onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos
canais BB na opção "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletrônica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regiões metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 104346.003247/2019-90

Unidade de Registro: 2ª DRPC - FLORIANO

Resp. pelo Registro: Luzardo Ferreira Dos Santos

Data/Hora: 03/12/2019 - 09:57

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

1º DP DE FLORIANO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

FLORIANO

Endereço

RODOVIA BR 230, Nº:

Complemento

564321

Data/Hora

25/07/2019 - 07:00



Bairro

CAJUEIRO II

Ponto de Referência

ZONA URBANA EM FRENTE AO BAR DO GAÚCH

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EMERSON DA SILVA FERREIRA

RG: 3855536 SSP PI

Mãe: ROSILENE PEREIRA DA SILVA SANTOS

Pai: ANTONIO JOSE DA SILVA FERREIRA

Endereço: RUA JOSE DORNELES, Nº 344

Complemento: PERDIR MINHA CARTEIRA COM TODOS OS DOCUMENTOS

Bairro: TIBERAO

Cidade: FLORIANO - CEP: 64800-000

Telefone(s): 89-9432-3551 89-9469-3518

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo:

1 - HONDA, NXR 160 BROS ESDD

Ano: Placa:

2015 PIH9364

Chassi:

9C2KD08L10FR450624

Renavam:

01052691592

Cor:

Preta

Condutor: EMERSON DA SILVA FERREIRA

RG: 3855536 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA JOSE DORNELES Número: 344 Complemento: PERDIR MINHA CARTEIRA COM TODOS OS DOCUMENTOS

Cidade: FLORIANO UF: PI Bairro: TIBERAO

Proprietário: ROSILENE PEREIRA DA SILVA SANTOS

End: LOCALIDADE BAIXAS-ZONA RURAL Número:

Cidade: FLORIANO UF: Bairro: OUTROS - ZONA RURAL

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA O NOTICIANTE QUE NA DATA LOCAL E HORÁRIO ACIMA MENCIONADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. AFIRMA QUE ESTAVA NA SUA FAIXA PRINCIPAL, QUE OUTRO CONDUTOR DESCONHECIDO INVADIU SUA PREFERENCIAL, QUE VEIO A COLIDIR, QUE AO CAIR SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES, SOFREU FRATURAS NO JOELHO LADO DIREITO, E NO QUADRIL LADO ESQUERDO. AFIRMA QUE FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DO SAMU, QUE EM SEGUIDA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES-HRTN COMO PROVAM OS RESPECTIVOS LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICOS. AFIRMA QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR-160 BRÓS ESDD, ANO MODELO 2015/2015, DE PLACA-PIH-9364-PI. MOTOCICLETA EMPLACADA EM NOME DE ROSILENE PEREIRA DA SILVA SANTOS. CPF. 849.347.003.15. NADA MAIS PARA REGISTRAR NA PRESENTE DATA.

Luzardo Ferreira Dos Santos - Mat.
ESCRIVÃO DE POI

Emerson da Silva Ferreira
EMERSON DA SILVA FERREIRA - Noticiante
Responsável pela Informação

Rio de Janeiro, 19 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678573

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMERSON DA SILVA FERREIRA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 19/06/2020, 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



Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678573

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EMERSON DA SILVA FERREIRA

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\$ 1.181,25

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Valor: R\$ 1.181,25

Banco: 001

Agência: 000000096-5

Conta: 0000058492-4

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,



Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678573

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMERSON DA SILVA FERREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678573

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EMERSON DA SILVA FERREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.181,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EMERSON DA SILVA FERREIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00096-5

CONTA: 000000058492-4

Nr. da Autenticação ED092B0F83062084

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434174/19

Número do Sinistro: 3190678573

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

CPF: 070.457.933-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/07/2019

Titular do CPF: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 18/06/2020

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

CPF: 077.532.253-91

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020

Nome: Danielle Nobre de Sousa

CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434174/19

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

CPF: 070.457.933-24

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/07/2019

Titular do CPF: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO : 077.532.253-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

EMERSON DA SILVA FERREIRA : 070.457.933-24

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: 05/12/2019
Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 077.532.253-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/12/2019
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Danielle Nobre de Sousa

PROCURAÇÃO PARTICULAR

VITIMA:

Nome: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Cobertura: INVALIDEZ

Data do Acidente: 25/07/2019

BENEFICIÁRIO (A):

Nome: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Nacionalidade: BRASILEIRO

Identidade: 3855536-PI

CPF: 070.457.933-24

Endereço: RUA PADRE CICERO, N°46, CAJUEIRO II, FLORIANO-PI

PROCURADOR:

Nome: AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

Nacionalidade: BRASILEIRO

Est. Civil: CASADO

Identidade: 195451-PI

CPF: 077.532.253-91

Endereço: RUA BENTO LEÃO Nº262 A, CENTRO, FLORIANO-PI.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim do outorgante receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tem direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, não podendo o outorgado substabelecer desta.

FLORIANO-PI, 25 de NOVEMBRO de 2019.

1º OFÍCIO

Emerson da Silva Ferreira

Assinatura da vítima/beneficiário/representante legal



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678573 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO QUADRIL ESQUERDO.
FRATURA DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (ANEXO P3,4,5)

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

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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO QUADRIL ESQUERDO E
LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 12/12/2019,
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR TOTAL JÁ INDENIZADO R\$1181,25.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678573 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO QUADRIL ESQUERDO.
FRATURA DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (ANEXO P3,4,5)

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

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 DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO QUADRIL ESQUERDO E
LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA PERÍCIA, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA, DATA 12/12/2019,
CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALOR TOTAL JÁ INDENIZADO R\$1181,25.

(P1)RELATÓRIO MÉDICO.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678573 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO.
FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (SEM EXAME DE IMAGEM)
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678573 **Cidade:** Florianó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO DIREITO.
FRATURA DE ACETÁBULO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P3,4,5)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: (SEM EXAME DE IMAGEM)
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678573

Cidade: Florianópolis

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Data do acidente: 25/07/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito.

Descrição do exame físico: Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito, apresentando ao exame físico, dor e edema aos esforços, deformidade, e limitação dos movimentos das articulações do quadril à esquerda e joelho direito.

ADM da articulação do quadril esquerdo - Flexão - 0 a 110°.

Extensão - 0 a 9°.

Adução - 0 a 13°.

Abdução - 0 a 40°.

Rotação interna - 0 a 40°.

Rotação externa - 0 a 40°.

ADM da articulação do Joelho Direito - Flexão - 0 a 105°.

Extensão - 105 a 0°.

Resultados terapêuticos: Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito; realizado tratamento conservador; realizado tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Florianópolis.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678573

Cidade: Floriano

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EMERSON DA SILVA FERREIRA

Data do acidente: 25/07/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito.

Descrição do exame físico: Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito, apresentando ao exame físico, dor e edema aos esforços, deformidade, e limitação dos movimentos das articulações do quadril à esquerda e joelho direito.

ADM da articulação do quadril esquerdo - Flexão - 0 a 110°.

Extensão - 0 a 9°.

Adução - 0 a 13°.

Abdução - 0 a 40°.

Rotação interna - 0 a 40°.

Rotação externa - 0 a 40°.

ADM da articulação do Joelho Direito - Flexão - 0 a 105°.

Extensão - 105 a 0°.

Resultados terapêuticos: Vítima de Fratura do Quadril Esquerdo e Fratura do Joelho Direito; realizado tratamento conservador; realizado tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do quadril esquerdo, Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/12/2019

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de Floriano.

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 residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			8,75 %	R\$ 1.181,25