

Controle de docum x | PJE Acesso 1º Grau - P x | PJE Consulta processo: x | PJE 0800939-84.2020.8 x | Combine arquivos x | Audiências x | Upload x | +

Não seguro | tjpj.pje.jus.br/Lg/Processo/ConsultaProcesso/Detalhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=531692&ca=101321fc2d623bc17fbc937... ☆

Apps | Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

PJE ProceComCiv 0800939-84.2020.8.18.0028
EMERSON DA SILVA FERREIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEG...

11184199 - CONTESTAÇÃO (2738365 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/08/2020 11:49:58

06 Aug 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 11184199 - CONTESTAÇÃO (2738365 CONTESTACAO 01)
- 11184204 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
- 11184206 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
- 11184207 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
- 11184208 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

downloadBinario.seam 1 / 11

2738365- CS/ 2020-02727/ INVALIDEZ

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FLORIANO/PI

prot+proc adm.pdf | prot+cont.pdf | pa.pdf | c.pdf | Exibir todos x

PT 11:50 06/08/2020



06/08/2020

Número: **0800939-84.2020.8.18.0028**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara da Comarca de Floriano**

Última distribuição : **10/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EMERSON DA SILVA FERREIRA (AUTOR)		RICARDO SILVA FERREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
11184204	06/08/2020 11:49	PROCESSO ADMINISTRATIVO	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

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.

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 Seguro, pois não estou satisfeito com a avaliação e resultado 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?

[☒] 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)?

[☒] 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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

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 TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

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

CPF
077.532.253-91

DATA NASCIMENTO
02/03/1954

FILIAÇÃO
JOAO ODORICO FERREIRA
LUIZA MARIA DA
CONCEICAO FERREIRA

PERMISSÃO
AC

CAT. HAB.
AC

Nº REGISTRO
03326825915

VALIDADE
10/12/2019

1ª HABILITAÇÃO
06/01/1991

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FLORIANO

DATA DE EMISSÃO
18/12/2014

55065857216
PT314035559

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

DETRAN-PI (PIAUÍ)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1012642520

PROIBIDO PLASTIFICAR

1012642520



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 PIR-9364

PLACA ANT / UF

CHASSI

9C2KD0810FR450624

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTOCICLE/MENINHA

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 IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª

3ª PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

A/FID. ADMINISTRADORA DE CONS. NAC. HON
DA
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

FLORIANO

LOCAL

DATA 30/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEIC
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU POR SUA CARGA A PESS
TRANSPORTADAS 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 EMISSA

30/04/2019

VIA

1

CPF / CNPJ

84934700315

PLACA

PIH-9364

RENAVAM

01052691592

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2015

CAT. TREF.

09

Nº CHASSI

9C2KD0810FR450624

PRÊMIO TARIFÁRIO

000,00 (R\$)

DETRAN (R\$)

000,00

CUSTO DO SEGURO (R\$)

000,00

CUSTO DO BILHETE (R\$)

000,00

IOF (R\$)

000,00

TOTAL DE PAGAMENTO (R\$)

000,00

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE DUTACAO

30/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.546.806/0001-04



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3855536 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/09/2019

NOME EMERSON DA SILVA FERREIRA

FILIAÇÃO ROSILENE PEREIRA DA SILVA
ANTÔNIO JOSÉ DA SILVA FERREIRA

NATURALIDADE FLORIANO - PI DATA DE NASCIMENTO 29/01/1998

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO 28485 L 130 F 268
EXP. FLORIANO - PI 13/04/1998

070.457.933-24

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 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. O: 187.648-F





REGISTRO DE OCORRÊNCIA
FLORIANO PI

USA



DATA: 05/07/19 HORA: LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA 2K 2300 Nº
BAIRRO: Luperão II CIDADE: NOME DO PACIENTE: Emerson da Silva Ferreira
SEXO: ☒ M ☐ F / IDADE: 21

CONTROLE DO TEMPO
SAÍDA DA BASE 07:21 CHEGADA AO LOCAL 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 VÍTIMAS OUTROS:
AGRESSÃO FÍSICA MAL SÚBITO ☒ INTOXICAÇÃO EXÓGENA 02
URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA URGÊNCIA OBSTÉTRICA QUEIMADURA
ENVENENAMENTO Queda ACIDENTE ANIMAL PEÇONHENTO
AFOGAMENTO FAF CHOQUE ELÉTRICO
RECUSA DE ATEND/TRANSPORTE
JÁ REMOVIDO
FALSO CHAMADO
ÓBITO

AValiação GERAL
VIVER DE CONSCIENTE SANGRAMENTO PULSO RESPOSTA AO COMANDO
ALERTA ☒ AUSENTE ☒ ISOCÓRICAS ☒ NORMOSÍGMICO ☒ NORMAL ☒ RESPOSTA MOTORA
RESPOSTA AO COMANDO ☒ MÍNIMO ☒ ANISOCÓRICAS ☒ TAQUISÍGMICO ☒ CO*FUSA ☒ NORMAL
CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
RESPOSTA A DOR ☒ MODERADO ☒ MIDRIASE ☒ BRADISÍGMICO ☒ NENHUMA ☒ NENHUMA
SEM RESPOSTA ☒ INTENSO ☒ MIOSE ☒ AUSENTE ☒ GLASGOW Nº

AVIAÇÃO
PULSO (BPM) 71
RESPIRAÇÃO (IPM) 16
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) 100x80
SATURAÇÃO DE O2 (%) 98
TEMPERATURA (°C) 36,5
GLICEMIA CAPILAR
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES
FLORIANO - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 12/08/19
ANEXO: Herlany

OBSERVAÇÕES: Foto colada em cebra
- 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: DESFIBRILAÇÃO VENTRICULAR ADM DE GLICOSE
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 ☐ USF ☐ OUTRO

RECEPCÃO - HOSPITAL

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



**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
Funcionário: 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
Responsável: 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 JOELHO 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 - PIAUÍ
CONFERE COM O ORIGINAL
DATA: 12/08/19
ASSIN: [assinatura]

Responsável: EMERSON DA SILVA FERREIRA

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES





HOSPITAL 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

Senha 71

SUS

EMERSON DA SILVA FERREIRA

Nasc.: 29/01/1998 Idade: 21 ANOS, 7 MESES, 11 DIAS Profissão:
End.: JOSE DORNELES, 341 - 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 TORSÃO ORTOFONICA

Exame clínico/físico 15 dias, dor no tornozelo

Diagnostico provável: bom atendimento.

Medicação: R. curativo

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

1) Rax - x de Tornozelo (AP)
2) Rax - x de Tornozelo (Lateral)
3) Rax - x de Tornozelo (Medial)

0408010584355
0408050881822
030406080

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

Ednan Soares Coutinho

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 06/08/2020 11:49:57

0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES





Cirurgia Plástica - Dermatologia - Ortopedia - Otorrinolaringologia - Psiquiatria
Psiquiatria - Exames Laboratoriais - Fisioterapia - Psicologia - Raio X Digital

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

AME - Assistência Médica Especializada | Rua Félix Pacheco, 1054, Bairro Manguinha, CEP 64800-160, Floriano - PI
(89) 3521-2849 / 9.9976-3000 9.9443-0660



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/bibliotecaweb/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Aguirinho 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 Invalidade da Vítima 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>Ilhéus</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP
Email	—		Telefone comercial (DDD)	<u>89-3521 2793</u>	Telefone celular (DDD)	<u>89-99924 0114</u>

Ilhéus 13 de dezembro de 2019
Local e Data

Aguirinho Ferreira do Nascimento
Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão, 155 - Centro-Sul - Teresina - PI
CNPJ nº 06.947.797/0001-01 - Emissão: 19/07/2019
Tributação: Contribuição de Iluminação - Sincronizada
Regime Especial de Imposto sobre Produtos Industrializados (REIS)

Nº da Nota Fiscal 25845682

A Companhia de Energia Sincronizada - TIEP foi criada
pela Lei nº 10.439 de 26 de abril de 2002.

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

DAVID DA SILVA FERREIRA
R. PADRE CICERO 46 CAJUEIRO II CAJUEIRO II
Cidade: FLORIANO CEP: 64.100-540 RDT: 105.800.12.44.149508

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	14,2	Atual	14/08/2019
Anterior	105	Anterior	16/07/2019
Capacidade de Medição	1,000	Proxima Leitura	13/09/2019
Consumo Máximo	2,0	Emissão	12/08/2019
Consumo Mínimo	1,0	Aprovação	14/08/2019
Consumo de Referência	1,0	Porcentagem	29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Logradouro	Numero Medidor	Posto	Código Fat	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	MONTE	62191/12		1.1.1.1	61

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês	Consumo	Descrição	Valor
JUL/19	68	CONSUMO	25,80
JUN/19	54	CONTRIB. ILUMINAÇÃO PUBL. (COTIP)	1,10
MAI/19	53	CORREÇÃO TARIFARIA 10-06-19 (0)	0,31
ABR/19	53	MULTA POR ATRASO 06/19 (0)	0,03
MAR/19	79	JUROS POR ATRASO 06/19 (0)	0,59
FEV/19	0	ADICIONAL BANDA LARGA AMARELA	0,28
JAN/19	0	ADICIONAL BANDA LARGA VERMELHA	0,71
DEZ/18	0		
NOV/18	0		
OUT/18	0		

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Valor R\$ 28,73

Para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica, favor efetuar o pagamento até o dia 21/08/2019.

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

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)							
Distribuição		Base de Cálculo		Alíquota ICMS		Valor do ICMS	
Energia	6,96						25,80
Demanda	13,43						
Energia	2,72						
Taxa	1,11						
Total		6,49%		1,40%		0,30	
Total		6,49%		1,67%			
INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC		RIC		DMIC		DICI	
Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral
Atual	6,01	12,06	24,12	3,40	6,98	13,95	3,54
Realizado	0,00			0,00			
Composto		0,00		0,00		0,00	

SEU CÓDIGO 1699752-2

MÊS FATURADO 08/2019

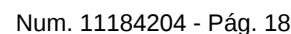
TOTAL A PAGAR - R\$ 28,73

VENCIMENTO 21/08/2019

Nº da Nota Fiscal 25845682

FCAH





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 ASI: — 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: Picudo 8 - Endereço: Rua Padre Lício 9 - Número: 46 10 - Complemento: —
11 - Bairro: Cajunio II 12 - Cidade: Florianópolis 13 - Estado: SC 14 - CEP: 64.807-540
15 - E-mail: — 15 - Tel. (DDD): 89-35212793

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) ☐ 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 (val 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 - SC, 03.12.19
Emerson da Silva Ferreira
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





REGISTRO DE Ocorrência
FLORIANÓPOLIS

USA



DATA: 05/07/19 HORA: LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA PK 230 Nº
BAIRRO: Luperão 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
ÓBITO

AValiação GERAL
NÍVEL DE CONSCIENTIA AUSENTE ISO-CÓRICAS NORMOSIGNICO NORMAL NORMAL
RESPOSTA AO COMANDO MÍNIMO ANISOCÓRICAS TAQUISIGNICO COMFUSA CONTRAÇÕES INVOLUNTÁRIAS
RESPOSTA À DOR MODERADO MIDRIASE BRADISIGNICO NENHUMA NENHUMA
SEM RESPOSTA INTENSO MIOSE AUSENTE GLASGOW Nº

SINAIS VITAIS
PULSO (BPM) 71
RESPIRAÇÃO (IPM)
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg) 100x80
SATURAÇÃO DE O2 (%) 98
TEMPERATURA (°C)
GLICEMIA CAPILAR
HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO MUNES
FLORIANÓPOLIS
CONTROLE COM O ORIGINAL
Data: 12/08/19
Assinatura: [assinatura]

OBSERVAÇÕES:
Paciente admitido em ambulância, 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 GLUCOSIO
RCP ASPIRAÇÃO % / AMP
INCUBADORA VIA AÉREA DEFINITIVA HEMOSTASIA
NEONATAL 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 ☐ USF ☐ OUTRO

RECEPCÃO - HOSPITAL

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



HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
GABRIEL FERREIRA, S/N,
MANGUEIRA, 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
Funcionário: 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: CPF: - RG: 3855536/PI - SUS: 898003991762813
End.: JOSE DORNELES, 344 - Bairro: TIBERAO Cidade: FLORIANO/PI Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64800-
Cor: PRETA Telefone: () - Mãe: ROSILENE PEREIRA DA SILVA Pai: ANTONIO JOSE DA SILVA FERREIRA

Clinica: CLINICA MEDICA Documento: 0000 - HOSPITAL TIBERIO NUNES

Responsável: 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 clínico/físico:

T.C. do joelho direito

Diagnóstico provável:

Fratura do antepé direito
Fratura do pé direito

Medicação:

Alívio da dor
Trat. conservador

Dr. Nogueira Dames Filho
MÉDICO
CRM-PI 896

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

Duplex clamping + AD, eu

Dr. Márcia Dias
MÉDICA
CRM-PI 1111

HOSPITAL REGIONAL TIBÉRIO NUNES
FLORIANO - PIAUÍ

CONFERE COM O ORIGINAL

DATA 12/08/19

ASSIN. [assinatura]

1/ Baixo - p do Bacia (VAF)

Joelho @ - M11

HOSPITAL REGIONAL
TIBÉRIO NUNES

TEMP: TC Bacia e Joelho @
DATA: 12/07/19 08:20

Daniela Ribamar Leal Machado
Tecnólogo Em Radiologia
CRTR: 00261N

040805026/385

0408050268/834

030406000

Joanna da Santa

Assinado eletronicamente por: 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: Ricco 8 - Endereço: Rua Padre Lúcio 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)

☒ 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 (vairasos)? ☐ 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, 03.12.19

Emerson da Silva Ferreira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019

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

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO: EMERSON DA SILVA FERREIRA
AGENCIA: 0036-5
CONTA: 56.492-4
VALOR: +
NR. ENVELOPE: 2.612.877.758

* Acolhido em: 07/08/2019, na Agência 0036-5.

* VALOR SUJEITO A CONFERÊNCIA

Depósitos realizados durante o expediente
bancário serão conferidos e processados
até as 23h59 do mesmo dia. Fora 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.





Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

456 v. 1.1



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:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	NXR 160 BROS ESDD	2015	PIH9364	9C2KD08L10FR450624	01052691592	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 - Noticiante
Responsável pela Informação

Boletim de Ocorrência emitido em: 03/12/2019 08:57 - SisBO 2011-2019 AT
Luzardo Ferreira Dos Santos - Mat.
Delegado Geral da Polícia Civil-PI

Página 1/1





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, 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

Pag. 00125/00126 - carta_09 - INVALIDEZ

00020063



Carta nº 15877121





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, 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,





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, 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

Carta nº 15200935

Pag. 01777/01778 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 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

Pag. 01677/01678 - carta_02 - INVALIDEZ

00080839



Carta nº 15206700



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/06/2020
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

AGUSTINHO FERREIRA DO NASCIMENTO

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

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



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 subestabelecer desta.

FLORIANO-PI, 25 de NOVEMBRO de 2019.

1º OFÍCIO

~~Ernesto da Silva Ferreira~~

Assinatura da vítima/beneficiário/representante legal



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 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:** 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 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:** 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 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:** 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.

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

