
Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335602

Vítima: JOSE FERRARI

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FERRARI

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190335602

Vítima: JOSE FERRARI

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERRARI

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, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190335602

Vítima: JOSE FERRARI

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FERRARI

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190335602

Vítima: JOSE FERRARI

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE FERRARI

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

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190335602

Vítima: JOSE FERRARI

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERRARI

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JOSE FERRARI**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000003027**

Conta: **0000021575-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	239.923.442-15	José Ferrari
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
José Ferrari	239.923.442-15	
Profissão:	Endereço:	Número:
Autônomo	Rua: Euvaldo da Conceição Gutierrez	911
Cidade:	Estado:	CEP:
Rinklandia	RR	65.316-74
E-mail:	Telefone:	
IL01RRR@HOTMAIL.COM	(95) 3514-4282	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 ☐ CONTA: 24575 ☐ 6

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (comente os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 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, incluindo desde, 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.

Local e Data: Boa Vista - RR, 20/03/19

Nome: José Ferrari

CPF: 239.923.442-15

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

x *Yasir Ferrari*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

21 MAIO 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006173/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/03/2019 11:18 Data/Hora Fim: 14/03/2019 11:36
Origem: Polícia Judiciária Data: 14/03/2019
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 09/02/2019 04:00

Local do Fato

Município: Cantá (RR)
Logradouro: Vicinal 21
Complemento: Conhecida como Pau Brasil
Ponto de Referência: Vila São José (KM 20)
Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ FERRARI (VÍTIMA , COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: MT - Cáceres	Sexo: Masculino	Nasc: 21/06/1967
Profissão: Agricultor		Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Zelita dos Santos Ferrari		Nome do Pai: Getúlio Ferrari	

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 65514
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 239.923.442-15

Endereço

Município: Cantá - RR
Logradouro: Vila São José
Complemento: Chácara
Telefone: (95) 99121-4417 (Recado)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 701.376.172-91	Placa NAN-9997
Renavam 00227061128	Número do Motor E3C8E-069372
Número do Chassi 9C6KE1200A0069357	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor ROXA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED
Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 ED	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Nome Envolvido	Envolvimentos
José Ferrari	Possuidor



Delegado de Polícia Civil: Juraci Ribeiro da Rocha
Impresso por: Jefferson Inacio Araujo
Data de Impressão: 14/03/2019 11:36
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

21 MAIO 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 006173/2019

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que não possui CNH, compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, dia e local descritos acima, quando trafegava conduzindo a motocicleta também já descrita acima e que está no nome de Rony Silva Pereira, CPF 701.376.172-91. Que colidiu em porco que estava no meio da estrada e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi resgatado pelo até o HGR. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAI

Jefferson Inácio Araújo
Agente de Polícia Civil
Mat 042000908

Jefferson Inácio Araújo
Responsável pelo Atendimento

14 MAR 2019

AGENTE DE POLÍCIA

CONFÉRIA

José Ferrari

José Ferrari
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima registradas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

21 MAIO 2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 239.923.442-15 Nome completo da vítima: José Ferrari

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

Nome completo: José Ferrari CPF: 239.923.442-15

Profissão: Autônomo Endereço: Rua: Euvaldo da Conceição Gutierrez Nº: 911 Complemento: _____

Cidade: Rinklandia Estado: RR CEP: 69.316-74

E-mail: IL01RRR@HOTMAIL.COM Telefone: (95) 3514-4282

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos abertos. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3027 CONTA: 24575 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (bancos e bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Gravidez da vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data: Boa Vista - RR, 20/03/19

Nome: José Ferrari

CPF: 239.923.442-15

(*) Assinatura de quem assina A RGO

x José Ferrari

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

21 MAIO 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



1 901070605

Ortopedia Dr. joanbas

Paciente de 81 anos de idade, V. L. de
Alzheimer, 2^o grau de perda de memória, Paciente refere
perda de consciência

Eff. dos + Edema Peroneo (E)

Paralelogramo: futuro diagnóstico lateral (E) e plantar (E)

H. 1) futuro diagnóstico lateral (E)

Obs: Paciente em analgesia + Imobilização + Intubação
Paciente refere perda de consciência
Retorno ao G. para avaliação + conclusão
T.C. exames ??

Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RN



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H.G.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Ferrari

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2182

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/06/67

9 - SEXO

mas.

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Zelita Dos Santos Ferrari

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Antonio Pinheiro Filho, 1445, Corano

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Papant o de sinais de urticária e
de buona perna @ sps fude de mato

21 MAIO 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internacao

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

História + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur lateral (E)

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internacao

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Jonathan

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/02/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (SE O REGISTRO DO PROFISSIONAL FOR OBRIGATORIO)

Dr. Jonathan
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CRM 12617/RN

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0308010019
T068

201-2

VJ

OK.

201-2

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Jose Ferrari				
DIAGNÓSTICO	Fratura diafragma Abm (E)				
ALERGIAS	HAS NEGA DM2 NEGA				
IDADE	LEITO DATA 09/02/19				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE Para Diabéticos				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				20'
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6h				Suspenso
4	TILATIL 20mg 12/12hs				NTD
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				20' 04 12'
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				Realizar
15	Metformina 850mg v.o 12/12hs				20' 10'
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Jo Mabo

21 MAIO 2019

Dr. Odinaqui Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1951/RR

SINAIS VITAIS

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

As 06:00 hs. Insulinas 300ml

Susana Coutinho da Silva

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

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: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERRARI

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03027

CONTA: 000000021575-6

Nr. da Autenticação 744608BA60144C06



CPA 85.102.888-11
DISTRIBUIÇÃO DE ÁGUA
RUA NIVALDO DA CONCEIÇÃO GUTIERREZ, N.º 5440 - 69016-74



Matrícula: 1026259

Fevereiro/2019

Dados do Cliente:

ZELITA DIAS DOS SANTOS

Endereço para entrega:

RUA NIVALDO DA CONCEIÇÃO GUTIERREZ, N.º 5440 - 69016-74

Inscrição

001.021.613.0561.000

Rota

3

Seq/Rota

6871

Quantidade de Economias

RESIDENCIAL

Hidrômetro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

LIGADO

Situação Água

POTENCIAL

Situação Esgoto

POTENCIAL

	ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM DE DIAS
LEITURA FAT.			10	0
LEITURA INF.				
DT. LEITURA				

ULTIMOS CONSUMOS

201901 10-0
201812 10-0
201811 10-0
201810 10-0
201809 10-0
201808 10-0
MEDIA 10

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor					
Informações dos Analisadores Realizadas na Rede de Distribuição					
DECRETO FEDERAL N.º 5440 - 2006 G.M.					
PROTEÇÃO	CLORO	TURBIDIDADE	PH	C. TOTAL	S. COLO
ENQUADRA	160	160	160	160	160
ANÁLISE	193	193	193	193	193
CONFORME	193	193	193	193	193

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	23,83

VENCIMENTO: 15/03/2019

TOTAL A PAGAR

23,83



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
1026259	02/2019	15/03/2019	23,83

82650000000- 3 23830004001- 7 00102625901- 8 02201940003- 9



21 MAIO 2019

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 2419388

ILOIR INACIO DE SOUZA

R. ANTONIO P GALVAO, 1832 , 2

BURITIS

69309209 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
1089153	02/2019	25-JAN-19 a 22-FEB-19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
237	11-MAR-19	R\$ 229,20

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

21 MAIO 2019

recorte aqui

**RORAIMA ENERGIA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
1089153	02/2019	R\$ 229,20

836100000022.292000750003.000000001081.915302190052



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 COAF²**.

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 Ilvise Inacio de Souza inscrito (a) no CPF 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ferrari inscrito
(a) no CPF sob o Nº 239.923.442 / 15, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
José Ferrari, inscrito (a) no CPF sob o Nº 239.923.442 / 15, 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: Antonio Pinheiro Galvão</u>		Número <u>1832</u>	Complemento
Bairro <u>Buxitio</u>	Cidade <u>Boa Vista</u>	Estado <u>RR</u>	CEP <u>69309209</u>
E-mail <u>Ilvise@ltdmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>99154-4282</u>

Boa Vista - RR, 23 de Abril de 2019
Local e Data

21 MAIO 2019

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rony Silva Pereira,
RG nº 191.915, data de expedição 11/06/97,
Órgão SSPIRR, portador do CPF nº 701.376.172-91, com
domicílio na cidade de Boa Vista, no Estado de
Roraima onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Venador Waldemar Gomes Pinfolândia nº 2335
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Ferrari, cujo o condutor era
José Ferrari.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 ED

Ano: 2010/2010

Placa: NAN-9997

Chassi: 9CGKE1200A0069357

Data do Acidente: 08/02/2019

Local e Data: Boa Vista - RR

Rony Silva Pereira
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DANIEL AQUINO
Cartório do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Aníbal Tenório, 4307 - Ara Branca - Boa Vista/RR
Fone: (067) 3237-4190
Info@boavista2cartorioaquino.com.br

118334-5 do 7 de 800457
Reconheço por VERDADEIRA a(s) firma(s)
"RONY SILVA PEREIRA"

Em testemunho da Verdade: SGLC
De que dou fé. Boa Vista/RR, 17 de junho de 2019.
Consulte o(s) selo(s) abaixo em: cidadaoportalseim.com.br
RECPIR159296BA39XU3FM90X700 /

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,40

118334
Reconhecimento de Firma
Daniel Aquino

Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901070606	09/02/2019 17:13:49	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	33			
Paciente	JOSE FERRARI	Data Nascimento	21/06/1967	Idade	51 A 7 M 18 D	CNS	CPF	Prontuário	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade	
IDENTIDADE	65514	SSP/RR	14/10/2004	M		PARDA	CACERES - MT	BRASILEIRA	
Mãe	ZELITA DOS SANTOS FERRARI	Pai	GETULIO FERRARI	Contato	(95) 99118-2528				
Endereço	RUA - ANTONIO PINHEIRO FILHO - 1445 - CARANA - BOA VISTA - RR						Ocupação	NÃO INFORMADA	
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal				
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Sor	GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada	DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registrado por: JACKSON.SADOVSKI				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue								
Dor no pé									
Anamnese de Enfermagem	GSC AO: 1234 RV: 1234 MRV: 123456 TOTAL 15								
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 17:5 h)	Paciente, vítima de queda de moto há 6h, proveniente de moto, referindo dor e inchaço no pé direito e outros queixas.								
Exame Físico	DBB, LTB, AA, Lombar, Achilote, Suprateno, na MIB imobilizado com talas								
Hipótese Diagnóstica	Fratura								
SADT - Exames Complementares	☒ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:								
PRESCRIÇÃO	Dipirona 2g @ - 17:20h							APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
[Handwritten signature]									
Conduta	☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório ☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h) ☐ Alta a Revelia ☐ Internação ☒ Transferência para: Ortopedia Data e Hora da Saída/Alta: / /								
óbito	Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /								

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: Jackson.sadovski
Data Hora: 09/02/2019 17:23:25

21 MAIO 2019

21 MAIO 2019



1901070606

Ortopedia Dr. joanbas

Paciente de 81 anos de idade, V. L. de
Alzheimer, 2^o grau de perda de memória, Paciente refere
perda de consciência

Eff. dos + Edema Peroneo (E)

Paralelogramo: futuro diagnóstico lateral (E) e plantar (E)

H. 1) futuro diagnóstico lateral (E)

Obs: Paciente em analgesia + Imobilização + Intubação
Paciente refere perda de consciência
Retorno ao G. para avaliação + conclusão
T.C. exames ??

Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RN



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H.G.R.

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

Ortopedia

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Ferrari

6 - N° DO PRONTUÁRIO

2182

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/06/67

9 - SEXO

mas.

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Zelita Dos Santos Ferrari

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

R. Antonio Pinheiro Filho, 1445, Corano

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BV

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

RR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Papant o de sinais de urticária e
de buona perna @ sps fude de mato

21 MAIO 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Internacao

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Histórico + Exame físico + Radiografia

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fratura de fêmur lateral (E)

21 - CID 10 PRIMÁRIO 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internacao

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Jonathan

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

09/02/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (SE O REGISTRO DO PROFISSIONAL FOR OBRIGATORIO)

Dr. Jonathan
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CRM 12617/RN

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0308010019
T068

201-2

VJ

OK.

201-2

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Jose Ferraz				
DIAGNÓSTICO	Fratura diafragma Aberto (E)				
ALERGIAS	HAS		NEGA		DM2
IDADE	LEITO		DATA		09/02/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE Para Diabéticos				
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				20'
3	GEFALOTINA 1G EV 6/6h				Suspenso
4	TILATIL 20mg 12/12hs				NTD
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				20' 04 12'
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				Realizar
15	Metformina 850mg v.o 12/12hs				20' 10'
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

Jo M. Lobo

21 MAIO 2019

Dr. Odinaqui Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1951/RR

SINAIS VITAIS

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

As 06:00 hs. Insuf. 300ml

Susana Coutinho da Silva

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RECEITUÁRIO

NOME:

Jose Ferraz

Pct de entrada no HGE
no dia 9/2/19, vítima de
acidente de trânsito. Diagnóstico
de fratura das bases de fêmur
(D). Receto alto no aguardo
programação cirúrgica em domicílio.
Atualmente não está sendo realizado
curetas ortopédicas por falta de
materiais

DATA

1/1/2019

CD: 82-9

ASSINATURA E CARIMBO

13102118

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista-RR Fone: (0xx95) 2121 0638

21 MAIO 2019



54.1 %

9/2/2019 17:20:42

, JOSE FERRARI

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



54.1 %

9/2/2019 17:20:42

À SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT-SA.

SE A SEGURADORA LÍDER TEM DUVIDAS EM RELAÇÃO AS MINHAS SEQUELAS,
É SÓ O ENCAMINHAR PARA UMA **PERÍCIA PRESENCIAL**...

POIS SOMENTE POR ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL (AMD) NEM O **INSS**
(INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL) CONSEGUE AVALIAR ASSIM ... POR
ISSO ELES CHAMAM A PESSOA PARA FAZER PERÍCIA SOMENTE PRESENCIAL...

NEM O **IML** (INSTITUTO MÉDICO LEGAL) FAZ PERÍCIA SOMENTE POR (AMD)...
SOMENTE PRESENCIAL, OU SEJA, CORPO A CORPO, VENDO A VÍTIMA!

NUNCA VÃO AVALIAR SOMENTE POR PAPEL (AMD)...

EU JÁ ENCAMINHEI À VOSSA SEGURADORA TODA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA
EXISTENTE GERADA DO MEU ACIDENTE, TUDO O QUE EU SOLICITEI E QUE OS
HOSPITAIS ME ENTREGARAM **ESTÃO EM ANEXO!**

EU SÓ DESEJO PASSAR POR UMA PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL PARA A
CORRETA ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE MINHAS REAIS SEQUELAS, E A VOSSA
SEGURADORA NÃO FIQUE COM DÚVIDAS, POIS EU NÃO TENHO CONDIÇÕES
FINANCEIRAS DE CONSEGUIR MAIS EXAMES E LAUDOS MÉDICOS!!!

NO INTUITO DE SER ATENDIDO... DESDE JÁ, AGRADEÇO!

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1943 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL TRABALHO: [HTTP://TRABALHO.GOV.BR](http://TRABALHO.GOV.BR)



MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

122.95671.98-3

NUMERO

2246101

SÉRIE

0060

LET

RR

Jose Ferrar

ASSINATURA DO TITULAR



21 MAIO 2019

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



JOSÉ FERRARI

FILIAÇÃO: ZELITA DOS SANTOS FERRARI
GETULIO FERRARI
NASCIMENTO: 21/05/1967
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: CÁCERES - MT
DOCUMENTO: CDI - 042706 - 22/11/2004 - MD - RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 239.923.442-15

TIT. ELEITOR:

LOCAL DE EMISSÃO: SRTERR - BOA VISTA

DATA DE EMISSÃO: 26/02/2019

ZONA:

CNH: SEÇÃO:

Jose Ferrar

MUNDO ALUMI DE LAMINADO
Bastante resistente e durável para uso como
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO EMISSOR

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE INTERVENÇÃO | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SSP JURÍDICO | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

21 MAIO 2019

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

NOME
ILOIR INACIO DE SOUZA

DOC. IDENTIDADE / RG. EMISSOR
114807 SSP RR

CPF
382.051.512-04

DATA NASCIMENTO
07/04/1978

FILIAÇÃO
JOSE SOUZA DE ASSUNCAO
ONIRIA INACIO DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
[]

ACC
[]

CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
01101922304

VALIDADE
28/01/2020

1ª HABILITAÇÃO
15/12/1999

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
BOA VISTA - ROFAIMA

DATA DE EMISSÃO
30/01/2015

92485240616
RR207968020

ASSINATURA DO EMISSOR

980151096

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

980151096

PROIBIDO PLASTIFICAR

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190335602 **Cidade:** Cantá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERRARI **Data do acidente:** 09/02/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA

Descrição do exame físico: APRESENTA FORÇA MOTORA DIMINUÍDA, ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM TERÇO MÉDIO DO MEMBRO COM EDEMA CRÔNICO, PSEUDOARTROSE EM TORNOZELO ESQUERDO E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DE FLEXOEXTENSÃO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CLÍNICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/10/2019

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECER DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO EM GRAU MODERADO.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

**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:	3190335602
Nome do(a) Examinado(a):	JOSE FERRARI
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA NIVALDO DA CONCEIÇÃO GUTIERREZ 911 PINTOLÂNDIA
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	239.923.442-15
Data e local do acidente:	09/02/2019 CANTÁ - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 31/10/2019

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/ANIMAIS COM CONSEQUENTE FRATURA DO MIE: TÍBIA E FÍBULA

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

VITIMA FEZ TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA POR 04 MESES, FEZ FISIOTERAPIA, ALTA EM AGOSTO DE 2019

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

MIE: ALTERAÇÃO ANATÔMICA EM TERÇO MÉDIO DO MEMBRO + EDEMA CRÔNICO, PSEUDO ARTROSE EM TORNOZELO COM LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXÃO/EXTENSÃO + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO

IV) Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

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.

MIE: COMPROMETIMENTO ANÁTOMO-FUNCIONAL EM GRAU MODERADO

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): MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

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

Região Corporal (Sequela):

% 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):

% 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.



Dr. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170430/19

Número do Sinistro: 3190335602

Vítima: JOSE FERRARI

CPF: 239.923.442-15

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE FERRARI

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 23/10/2019

Nome: ILOIR INACIO DE SOUZA

CPF: 383.051.512-04

ILOIR INACIO DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019

Nome: MANOEL COELHO NETO

CPF: 413.653.806-53

MANOEL COELHO NETO