
Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Nº Sinistro: 3180230683
Vitima: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
Data do Acidente: 03/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELIO GEOVANI MARQUES LINO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180230683**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Sinistro: 3180230683

Vítima: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Data do Acidente: 03/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CELIO GEOVANI MARQUES LINO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180230683** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta n°: 13148987

A/C: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Nº Sinistro: 3180230683
Vitima: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
Data do Acidente: 03/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: CELIO GEOFANI MARQUES LINO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000554

Conta: 0000021350-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

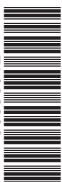
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade do BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

248.076.563-68

Nome completo da vítima

José Edval Ferreira Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	José Edval Ferreira Lima		CPF titular da conta	248.076.563-68	Profissão	Mecânico
Endereço	Rua Cel. Frederico		Número	1332	Complemento	
Bairro	Jacaré Americana		Cidade	Sorocaba	Estado	Espírito Santo
Email			CEP	62.100-000	Telefone (DDD)	(31) 99605.0011

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO
Caixa Econômica Federal		104
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.
0554	<input type="text"/>	21.350
(Informar dígito se existir)		D/V

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SABEM SEGURODA S/A

Sorocaba, 04 de Maio de 2018.
 Local e Data

18 MAI 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO

AUTO-ATENDIMENTO - AG:SOBRAL

DATA: 16/04/2018

HORA: 14:49:06

TERMINAL: 05041055

CONTROLE: 11054010

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

AGÊNCIA: 0554

CONTA DEBITADA: 001.00021350-1

NOME: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

BENEFÍCIO/ID/CONVENIO: CLARO NE 100-81 A 89

DATA DO PAGAMENTO : 16/04/2018

VALOR DO PAGAMENTO : 42,98

Representação: Niterói da Caixa de Barra,

CEP: 24200-000 - 429882212031

0211776774 - 960005281334

Informações, reclamações, sugestões e elogios:

SAC CAIXA: 0800-725-0101

Dezidora da CAIXA: 0800-725-7474

www.caixa.gov.br

SABEM SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO

**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: 3180230683
Nome do(a) Examinado(a): Jose Edval Ferreira Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Cel Frederico, 104
Padre Groairas CE CEP: 62190-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [MTE / CE] 090764
Data local do acidente: [03/10/2017]
Data local do exame: [17/07/2018] Sobral [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

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

Tratamento: A VÍTIMA FOI ATENDIDA NA EMERGÊNCIA DO MUNICÍPIO DE SOBRAL, ONDE FOI INTERNADO E SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ 32 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

Complicações: SEM.

Data da Alta: 10/05/2018

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

ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSE, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE, CICATRIZES CIRÚRGICAS E IRREGULAR NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO DO MSE.

- IV. Nexo 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 à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

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

DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MSE, PELA DIMINUIÇÃO DE FORÇA E MOVIMENTOS.

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

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

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO SUPERIOR - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.


Dr. Andre de Oliveira Leal
CRM/CE - 16566

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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

José Edval Ferreira Júnior

CPF da Vítima

249.016.563-69

Data do Acidente

03/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Sorocá , 04 de Junho de 2019.

Local e Data

José Edval Ferreira Júnior

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

18 MAI 2018

SABENI SEGURADORA S/A

RECEBIDO

**TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA**

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 117 | 03/10/2017 27

Esporte Autônomo

ATEND.: 488472 DT. ATEND.: 3/10/2017 22:17

DATA: 26/08/2017 HORA: 7/11/1965

NOME: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

SEXO: M FERREIRA DA SILVA

GT: 04807656368 CG: 12351961500007 SUSFACIL:

ENDERECO: RUA KITI 409

Bairro: CENTRO

Sobrad.

CE- CEP: 63200055

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PCTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X CARRO, REFERINDO EDEMA E DOR EM MSE. ENCONTRA-SE ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NEGA CERVICALGIA E/OU LOMBALGIA.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 240/140, N° Pulso: 104, N° Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, José Edval F. Lima, () Paciente () Responsável
(Grau de Parentesco) RG N° _____, declaro que:

1º) Recebi informações quanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

41985490

Sobral/CE, dia 27 de outubro de 2017

Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
R.D. Marcella
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA



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: 20/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00554

CONTA: 000000021350-1

Nr. da Autenticação CC14FD9F3BB852D8

Ruta 04 32000 03 046500 - 5 Data de Emissão 05/04/2018
 Nome JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
 Endereço RU CEL FREDERICO GOMES 01332-000
 - SOBRAL - 62100000
 Medidor 7365607 Posto 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO CGF
 RG / CPF / CNPJ 248076563-68
 Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão	Veja a legenda no verso desta conta.					
Abr/2018 05/04/2018 07/05/2018			Conjunto:					
ICMS			Mês					
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto	Padrão Individual	P	Agrupado Individual	Mensal	Trim.	Anual
43,50	27,00	11,65	DIC	1,00	4,00	0,00	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	1,00	4,00	0,00	0,00	0,00
5009,710,415,000000000,000,000,000,000			DMIC	1,00		0,00		
						0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lect. Atual	Lect. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Inst.	Const. Faz.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
77 3091	30891	1,00	70	0,00	0	0,70	49,17

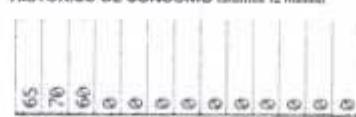
27/04/18	27/04/18	23/04/18	70	49,17
DESCRIÇÃO				VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES				49,17
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL				4,67

10/05/2018 54,17

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Produção	16,47
Transporte	1,72
Distribuição	11,12
Encargos Setoriais	5,67
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	15,92
Total	49,17

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂)

30,25 0,00 100

"FAÇA SUA PARTE! FAÇA SUA PARTE! FAÇA SUA PARTE!"
Centro de Vizinhança e Bem-Estar e ativa no combate ao mosquito transmissor
da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde. Sesa. Federação.

Consta desta fatura R\$ 0,97 referente a PIS e COFINS ALIQUOTAS PIS(1,00%) + COFINS(4,54%).
IPI - 10% - ISS - 10% - ICMS - 10% - IPI - 10% - ISS - 10% - ICMS - 10%

Este valor é adicional para o consumo. Mais informações em www.eletrobras.com.br

SABEM SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO

Nº do Cliente: 8968135-5 Referência: Abr/2018
 Data de Emissão: 05/04/2018 Total a Pagar (R\$): 54,17
 Nº da Nota Fiscal: 520064167 Nº de Controle: 0008968135 00002 39027 12

838000000000-9 54170031000-1 00089681350-9 00023902226-2



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Felipe Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-871 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Carlos Ferreira Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563-68 do sinistro de DPVAT cobertura INAPLIZZ da Vítima Socé Faria Ferreira Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563-68 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 Lider-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			Número	Complemento
Rua Fui Maua			665	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	
Vila do Cristo	Sossego	Espírito Santo	62.020-370	
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)		
	(32) 99605-0011	(32) 99477-4532		

Sossego, 10 de Mai de 2018.
Local e Data



Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Taíris Albuquerque Lima,
RG nº 2005009202333, data de expedição / /,
Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 032.597.093-98, com
domicílio na cidade de Sobral, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Cel. Frederico Gomes, nº 5332,
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 Geraldo Ferreira Lima, cujo o condutor era
José Geraldo Ferreira Lima.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/BIZ 150I

Ano: 2016

Placa: PMA 3323

Chassi: 9L2JC7000GR 222 846

Data do Acidente: 03/10/2017

Local e Data: Sobral 08/04/2018

Taíris Albuquerque Lima

Assinatura do Declarante

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

	<p>CARTÓRIO PEDRO MENDES CNPJ/MF.: 06.601.880/0001-20 Fone/Fax: (88) 3222-1000</p> <p>Reconheço por AUTENTICIDADE os fato(s) firmado(s) de TAÍRIS ALBUQUERQUE LIMA. Nou fez, Sobral, 8 de maio de 2018.</p> <p>Em testemunho _____ da verdade.</p> <p>ADRIANA MEDEIROS CARNEIRO VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE i58bf38909</p>
---	---



Matriou: 263158
Paciente: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA CPF: 24307656368
Sexo: Masculino Idade: 51a 10m 27d
Dt. Nasq.: 07/11/1965
Mae: MARIA FERREIRA DA SILVA
Pai: VICENTE FERREIRA LIMA Cor: Parda
E Civil: CASADO Grau de Instrução:
Endereço: JOAO XIX, 649
Bairro: CENTRO Cep.: 62020556
Cidade: SOBRAL UF: CE
Fone: 8892444386

DADOS DO RESPONSÁVEL

Name: _____
Endereço: _____
Documento: _____
Fone: _____

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento: 4886490 Atendente: WELLINGTON

Data: 03/10/2017 Hora: 23:50

Procedimento: 0408020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRACCIO

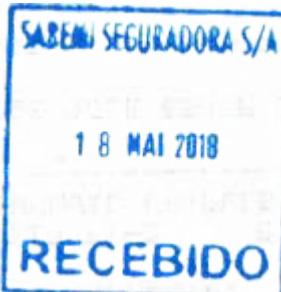
SINTESE

Medico: SEIJA MATSUI
Unid Int: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito: LEITO 2-3 EMERG. ADULTA
Convenio: SUS - SIH
Plano: SUS - SIH
Carteira: _____
N. Guia: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Outras Observações:



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Identificação do Paciente

ATEND.: 4939490 DT. ATEND.: 3/10/2017 - 23:50
 MATR.: 263158 NASCIMENTO.: 17/11/1965
 NOME.: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
 NOME.: MARIA FERREIRA DA SILVA
 DPT...: 29007656368 CNS: 123519815090007 SUSFACIL.:
 ENDER.: JOAO XIII 649
 BAIRRO: CENTRO - SOBRAL
 -CE- CEP: 62020555

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

2 - CHES
3 0 2 1 1 1 44 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

MUNTO	9 - SEXO Masculino	10 - RACA/GOR. Feminino
DDD	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
DDD	14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		
18 - UF		
19 - CEP		

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Y Paciente vítima de acidente automobilístico com lesões sangrante, dor e deformidade no antebraço E. À Radiografia, notou dislocação de赎dis e ulna E (espaço distal)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAR

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFIRME COMO ORIGINAL
 Andreia R. Montenegro
 COORDENADORA

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

INFLUENZA + EXAME PESSOAL + COMPLÉMONTE

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRANCA EXPOSTA PE ANTEBRAÇO ESQUERDO

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 CAUSA ASSOC.

5528

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAÇÃO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041018101210141213

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CRONÔMICO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

110151919171013121513

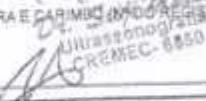
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CRM-Esp. 6850

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/10/2017

35 - ASSINATURA E CRIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)


 Christiano Vascconcelos Costa
 Médico Auditor - CRM-Esp. 6850

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

CRM-Esp. 6850

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

06-AUT 2017

APOSENTADO

47 - NÃO SEGURO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

CRM-Esp. 6850

48 - N° DO DOCUMENTO (CRONÔMICO)

CRM-Esp. 6850

49 - N° DO DOCUMENTO (CRONÔMICO) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CRIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Cristiano Araújo Costa

CRM-Esp. 6850 DIRETOR TÉCNICO

SABE SEGUADORA S/A**18 MAI 2018****RECEBIDO**

LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP
AV DOM JOSE TUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO
CRISTO
62020-720 SOBRAL - CE

DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA
000.005.745
SÉRIE I
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
2317 1007 8276 6400 0178 5500 1000 0057 4512 0171 0101
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA

PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE E/SO
123170060822411 10/10/2017 15:00:07

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ
06.192.431-8		07.827.664/0001-78
BESTINTARIO / REMETENTE		
NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL		CNPJ / CPF 07.818.313/0001-09
ENDERECO RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919	Bairro / Distrito CENTRO	DATA DA EMISSÃO 10/10/2017
MUNICÍPIO SOBRAL	UF / CEP CE 62010-550	DATA DA SAÍDA 10/10/2017
TELEFONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.322.262-0	HORA DA SAÍDA 15:05:00

CALCULO DO IMPOSTO		TOTAL DOS PRODUTOS	
BASE CALC ICMS 0,00	VALOR ICMS 0,00	BASE CALC ICMS ST 0,00	VALOR ICMS ST 0,00
VALOR FRETE 0,00	VALOR SEGURO 0,00	VALOR DESCONTO 184,08	OUTRAS DESP. 0,00
			VALOR IPI 0,00
			VALOR APROX. TRIB. 116,96
			TOTAL DA NOTA 367,62

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTE	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ / CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL		0-EMITENTE				
ENDERECO			MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTOS / SERVIÇOS		DESCRICAÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO		ICMS/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B CALC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ. ICMS	V APROX. TRIBUTOS
152	PLACA A/C 3.5 X 06 FUROS	90211020	0500	5403	UN	1	183,81	183,81	0,00	0,00	0	38,97		
159	PLACA A/C 3.5 X 08 FUROS	90211020	0500	5403	UN	1	183,81	183,81	0,00	0,00	0	38,97		
9	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 14 MM	90211020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0	3,25		
13	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 16 MM	90211020	0500	5403	UN	10	15,34	153,40	0,00	0,00	0	32,52		
10	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 18 MM	90211020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0	3,25		

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFESSO O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

De: José Eufrasio Farias Neto
Data: 10/10/2017
Valor: 367,62
CNPJ: 07.818.313/0001-09
CPF: 2317 1007 8276 6400 0178 5500 1000 0057 4512 0171 0101
CEP: 62010-550
CNPJ: 07.827.664/0001-78
CPF: 123170060822411
Data: 10/10/2017
Valor: 116,96
CNPJ: 06.322.262-0

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PACT: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA MAT: 263158 DATA: 04-10-17 DR: JOAO PAULO
CONV: SUS 0702030899 0702030899 0408020423
*INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTERESSE DO FISCO: PAF Requisito XI item 1c:
7A9F4B6C4405355EFFB6F73B83FEFE7E

RESERVADO AO FISCO

Gerado em 10/10/2017 às 15:00 pelo Unilink E-SO | www.unilink.com.br

RECEBIMENTO DE LUIS EUFRASIO FARIAS NETO EPP OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO
EMISSÃO: 10/10/2017 VALOR TOTAL: 367,62 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, CENTRO,
62010-550-SOBRAL-CE
DATA DO RECEBIMENTO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
000.005.745
SÉRIE: 1

SABEM SEGURADORA S/A
18 MAI 2018
RECEBIDO

, JOSE EDVAL FERREIRA LIMA TEC.VALDANO, 7/11/1965: DX front



 Gente Cosa do M. da Sabesp
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

SABESP SEGURADORA S/A
18 MAI 2018
RECEBIDO



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

7

Nome: Jose Edval Ferreira Lima

Tratamento para: S528 - Fratura De Outras Partes Do Antebraço

- Cirurgia :FRATURA DOS OSSOS DO ANTE-BRACO .Data: 04/10/17
- Antibioticoterapia: CEFALOTINA 48H

Recomendações:

- () Não Pisar
() Não Sustentar Peso
(X) Manter membro elevado (a 45°)
() Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
(X) Retirar pontos após 13 dias
() Fisioterapia precoce
(X) Atentar à data de retorno (15 dias)
(X) Fazer uso médicação prescrita
(X) Trocar curativo diariamente

Santa Casa de M. do Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). JOAO PAULO TAVARES LINHARES , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 06/10/2017

Assinatura e Carimbo

Dr. Laila Poma
Medicina Física e Reabilitação
CNPJ: 18.143.220/0001-00



RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)

- O paciente é um homem de 70 anos, com antecedentes de hipertensão arterial, diabetes melito e infarto agudo do miocárdio.
- 3º Ano: Vôlvar em recta.
- 2º Ano: Vôlvar e edemas de pernas.
- 1º Ano: Cirurgia para DCL e hantemas.
- Acesso via retal e via oral.
- Alvo fixado e reabilitação da casa de viva.
- Fixar colo rectal de volta ao abdômen.
- Válvula rectal estreitada.

Santa Casa de M. da Sobral
CONFEDERAÇÃO SANE
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Assinatura	SABESP SEGURADORA S/A 18 MAI 2018 RECEBIDO
------------	--

1º Auxiliar

Dr. Audy Rocha de Oliveira
CIRURGIA
CRM 148 887-72 CPME
SPE 30148

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Luis Edmundo Farias Neto / EEL
CNPJ: 07.823.664/0001-78

CNPJ: 07.827.664/0001-78

End.: Av. Tupinambá, 661 - Bairro Alto do Crisó - Sobral - CE
CEP: 6270-720 - Tel.: (85) 3272-7214 | 3261-4018

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 9273.7914 | 3611.4018

PACIENTE: don Edelio Fernández Jiménez

TIPO DE CIRURGIA: Cirurgia

MATRÍCULA: 263158

CONVÊNIO: SUS

DATA: Ch-50-5⁺

PROCEDIMENTO: Fracture - Crutolinear

CIRURGIÃO: Dr. João Paulo

DESCRICA DOS PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL PEQ. FRAGMENTOS 3.5mm	Nº QTDE	14 04	16 04	18 04	16 06	
PARAFUSO CORTICAL GR. FRAGMENTOS 4,5mm	Nº QTDE					
PARAFUSO ESPONJOSO PEQ. FRAGMENTOS 4,0mm	Nº QTDE					
PARAFUSO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6,5/16mm	Nº QTDE					
PARAFUSO ESPONJOSO GR. FRAGMENTOS 6,5/32mm	Nº QTDE					
PARAFUSO MALEOLAR 4,5mm	Nº QTDE					

NÄO PREENCHER

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 30, No. 3, June 2005
DOI 10.1215/03616878-30-3 © 2005 by The University of Chicago

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

COND. P/PAGO: _____ MD: _____ TOTAL: _____

OBS - O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.



PREScrição.: 1734747 DATA: 05/10/2017 10:30
 USUÁRIO...: LAILA PONTE
 ATENDIMENTO: 4985490 DT NASC: 07/11/1965 (51A 10M 29D)
 CONVÉNIO...: SUS - SIN
 PACIENTE...: 263158 - JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 03/10/2017 23:50 2 DIAS(S) INT

MÉDICO....: SEIJI MATSUI SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
 UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 17-3 - C.S. SÃO JOAQUIM
 OBSERVACAO ADULTO CICLO.: /

CID.....: S528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICO:

PROTÓCOLO.:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Dr. Laila Ponte
Dra. Laila Ponte
Médica
Clínica do Médico
Instituto de Medicina e Transplante
Centro de Medicina e Transplante

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR AUGOSTINHO

Dr. Jose Ponte

JOSE EDVAL, VITIMA DE QUEDA DE MOTO DIA 03/10, COM:

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

RX: FRATURA COMPLETA E CAVALGADA EM 1/3 DISTAL DE RÁDIO E URNA

REALIZADA OSTEOSÍTESE DIA 04/10, COM PLACA ESTREITA E 8 PARAFUSOS. COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 3-5, COM 6 PARAFUSOS.

EM USO: CEFALOTINA D1

PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, REFERINDO EDEMA EM REGIÃO DE FRATURA

FO: NÃO ABERTA HOJE (1ºPO)

CD. MANTIDO ATB
SOLICITO RX DE CONTROLE
AVALIAR ALTA AMANHÃ

Basta Casa da M. do Sobral
SAME
CONFIRMO ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

4985490

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA HIPOCOLESTEROLEMICA	1					[05/10] 10:30

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
--------------------------	-----	---------	----	-----	------------	---------------

2 C.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC	1 AMPOLA		EV	ACM		
--------------------------------------	----------	--	----	-----	--	--

3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA + AD 18 ML - HC	1 AMPOLA	S	EV	ACM		
--	----------	---	----	-----	--	--

Obs.: SE NECESSÁRIO

4 C.C. CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA	1 FRASCO AM		EV	5x5-N		
------------------------------------	-------------	--	----	-------	--	--

Justificativa: prescrita.

Obs.: D1

|> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA
 |> AGULHA DESCARTAVEL 40X12
 |> SERINGA DESCARTAVEL 20ML

1 AMPOLA
 1 UNIDADE
 1 UND

8/24/2018



1ª VIA

PREScrição.: 1735214 DATA: 06/10/2017 10:30
 USUARIO...: LAILA PONTE
 ATENDIMENTO: 4985490 DT NASC: 07/11/1965 (51A 10M 30D)
 CONVÊNIO...: SUS - SIH
 PACIENTE...: 263158 - JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 03/10/2017 23:50 3 DIAS(S) INT

Rubrica do Médico

MEDICO....: SEIJI MATSUI SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
 UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 17-3 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
 OBSERVAÇÃO ADULTO
 CID.....: S528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO CICLO.: /
 DIAGNOSTICO:
 PROTOCOLO.:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Dra. Laila Ponte
Médica Especializada em Ortopedia e Traumatologia
Instituto de Ortopedia e Traumatologia
Centro de Ortopedia e Traumatologia

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR AUGUSTINHO

- # JOSÉ EDVAL, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO DIA 03/10. COM:
- # FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO
- # RX: FRATURA COMPLETA E CAVALGADA EM 1/3 DISTAL DE RÁDIO E URNA
- # REALIZADA OSTEOSÍNTESE DIA 04/10, COM PLACA ESTREITA E 6 PARAFUSOS. COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 3-5. COM 5 PARAFUSOS
- # EM USO: CEFALOTINA D2
- # PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, REFERINDO EDEMA EM REGIÃO DE FRATURA
- # FO

CD MANTIDO ATB

SOLICITO RX DE CONTROLE, logo, checar Rx de controle.

Carta Casa de M. da Sobral
SAME
CONFIRMO COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

4985490

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA HIPOCOLESTEROLEMICA	1					[06/10] 10:30
<hr/>						
MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC	1 AMPOLA		EV		ACM	
3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA + AD 18 ML - HC	1 AMPOLA		S	EV	ACM	
Obs.: SE NECESSÁRIO						
4 C.C. CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA	1 FRASCO/AM		EV		5x5-N	
Justificativa: prescrita						
Obs.: PI						
→ ÁGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2 AMPOLA					
→ SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1 UND					
→ AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1 UNIDADE					

SABEM SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME: José Edval Ferreira Lima N° PRONTUÁRIO 2631 58
 SETOR: emergência ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA	
03/10/2017	<u>Internamento para tratamento cirúrgico</u>
	<u>Dra. Edval Ferreira Lima</u> Universitária CRM: 10.600
4/10/2017	<u>Paciente com dor torácica de</u> <u>antecedentes espirais. Com exame</u> <u>respiratório percutâneo e neurologia -</u> <u>meso-cervicalis que reage com:</u> <u>Gb: Doloroso. Cx:</u> <u>cistostomose de bônus e náuseas.</u>
	<u>JF</u>
	<u>Santa Casa de M. de Sobral</u> SAME CONFEDERAÇÃO Andréia R. Montenegro COORDENADORA
	<u>SABEMI SEGURADORA S/A</u> 18 MAI 2018
	RECEBIDO

ATEND.: 4985490 DT. ATEND.: 3/10/2018 - 23:50

MATR.: 263158 NASCIMENTO.: 7/11/1960

HOME...: JOSE EDNAL FERREIRA LIMA

NAME...: MARIA FERREIRA DA SILVA

CPF...: 24007656368 CNS: 125517815040007 SUSFACIL:

ENDER.: JOAO XIII 649

BAIRRO: CENTRO - SOBRAL

-DE- CEP: 62020555

QP: Fratura exposta do anti-braco esquerdo

HDA: Paciente, vítima de queda de moto, apresentando trauma no membro superior esquerdo, referindo dor local e deformidade com sangramento local.

Ao radio-x evidencia fratura completa e condensada em 1/3 distal do rádio e ulna

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral

SAMU

CONFIRA SEU O ORIGINAL

Andréia R. Morelango
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta do anti-braco esquerdo

CONDUTA: Cirúrgica

SABEM SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura de antebraço

RECEBIDO

Requisicao.....: 1712832

Data da Solicitacao: 11/10/2017

Matricula.....: 263158

Idade: 52a 2m 2d

Atendimento.....: 4992878

Paciente.....: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Convenio.....: SUS - SIA

Medico Solic....: HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL

Laudo _____

Exames

ANTEBRACO

Placa metálica parafusa no terço distal das diáfises de rádio e ulna.

Linhas de fraturas obliquas nas diáfise distais de rádio e ulna.

Aumento de partes moles.

Kenard Brito

Dr. KENARD SILVA BRITO

CRM - 13247

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia



Requisicao.....: 1726809

Matricula.....: 263158

Atendimento....: 5028710

Paciente.....: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Convenio.....: SUS - SIA

Medico Solic....: HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL

Laudo

Exames

ANTEBRACO

- Fratura no terço distal das diáfises de rádio e ulna.
- Placas metálicas parafusadas no terço distal de rádio e ulna.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.

Kenard Brito

Dr. KENARD SILVA BRITO

CRM - 13247

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia



MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME JOSE EDVAL FERREIRA LIMA		DOC. IDENTIDADE / ORG. PASSOU IF 090764 MTE CE
		CPF 248.076.563-68 DATA NASCIMENTO 07/11/1965
		PAUÇAO VICENTE FERREIRA LIMA
		MARIA FERREIRA DA SILVA
		PERMISSÃO <input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> CACHAS <input type="checkbox"/> AD
Nº REGISTRO 01610314140	VALIDADE 09/06/2021	1 ^ª HABILITAÇÃO 05/10/1985
OBSERVAÇÕES EXERCE ATIV REMUNERADA:		
<i>Jose Edval F. Lima</i> ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAIS SOBRAL, CE	DATA EMISSÃO 14/06/2016	
<i>Isor Vascenello Porte</i> ASSINATURA DO EMISSOR		86551632664 CE153857439
DETRAN-CE (CEARA)		

PROIBIDO PLASTIFICAR
1225861212

SABEM SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO



NAME: CELIO GEOFANI MARQUES LINO

DOC CERIFICADO / OBR. ENVIADA PELO: 068109 MTR CE

CPF: 284.193.913-87 DATA ANSCEMENTO: 15/04/1967

MUNICÍPIO: JOSE LINO BARBOSA

FRANCISCA VALDENIR
MARQUES LINO

PENHAROL ADC CAT. N.º:

Nº REGISTRO: VALIDADE: 1º HABILITAÇÃO: 15/03/1986

OBRAVACOES:

SEN. OBSERVAÇÃO:

PROIBIDO PLASTIFICAR

1497615130

ASSINATURA DO PORTADOR

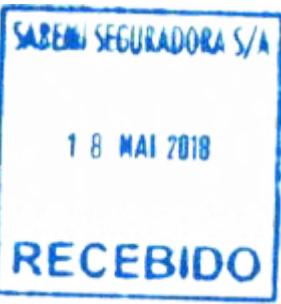
LOCAL: BOBRAL, CE

NÚM. FAMÍLIA: 15/03/2018

Lino V. Lino Pinto
Assinatura do portador

92681871024
CE164058109

CEARÁ



CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA FPT	CÓD. RENAVAM 01 010866301967	R.N.T.R.C. 0000000000	EXERCÍCIO 2017
NOME THAIS ALBUQUERQUE LIMA			
ENDERECO SOBRAL /CE			
CPF / CNPJ 03259709398		PLACA FMA3323/CE	
PLACA ANT / UF /CE		CHASSI 9C230G70000R111846	
ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC.*		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 110T		ANO FAB. - ANO MOD. 2016 2016	
CAP / POT. CIL 2F/0CV/1.09CC		CATEGORIA PARTIC	
COTA UNICA I P V A		VENDE COTA UNICA * / * / *	
FAIXA I.P.V.A. *		PARCELAMENTO / COTAS * / * / *	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
LOCAL SOBRAL		DATA 21/06/2017	

Igor Ponte
Superintendente

DETAN-CE



CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA FPT	CÓD. RENAVAM 01 010866301967	R.N.T.R.C. 0000000000	EXERCÍCIO 2017
NOME THAIS ALBUQUERQUE LIMA			
ENDERECO SOBRAL /CE			
CPF / CNPJ 03259709398		PLACA FMA3323/CE	
PLACA ANT / UF /CE		CHASSI 9C230G70000R111846	
ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC.*		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 110T		ANO FAB. - ANO MOD. 2016 2016	
CAP / POT. CIL 2F/0CV/1.09CC		CATEGORIA PARTIC	
COTA UNICA I P V A		VENDE COTA UNICA * / * / *	
FAIXA I.P.V.A. *		PARCELAMENTO / COTAS * / * / *	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IDF (R\$)	
PRÉMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO	
OBSERVAÇÕES			
LOCAL SOBRAL		DATA 21/06/2017	

Igor Ponte
Superintendente

DETAN-CE





PRATICANTE DO VEÍCULO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180230683 **Cidade:** Sobral **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA **Data do acidente:** 03/10/2017 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: ASSIMETRIA ESCAPULAR, ATROFIA MUSCULAR DO MSE, DIMINUIÇÃO DE FORÇA DO MSE, CICATRIZES CIRÚRGICAS E IRREGULAR NO ANTEBRAÇO ESQUERDO E LIMITAÇÃO MODERADA DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO E PRONO-SUPINAÇÃO DO MSE.

Resultados terapêuticos: A FRATURA CONSOLIDOU DE FORMA ALINHADA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/07/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre de Oliveira Leal

CRM do médico: 16566

UF do CRM do médico: CE

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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico: