

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**

Carta nº 12875577



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](http://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 nº: 13148987

A/C: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Nº Sinistro: 3180230683  
Vítima: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
Data do Acidente: 03/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CELIO GEOVANI 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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

Jose Eval Ferreira Lima

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Jose Eval Ferreira Lima		248.076.563-68		Aposentado	
Endereço		Número		Complemento	
Rua Cel. Frederico		333			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Parque J. S. Silva	Joazeiro	Pernambuco	62.100-000	(81) 99605.0011	
Email					

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ 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

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

#### CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

104

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

0554

21350

1

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Joazeiro, 04 de Maio de 2018.

Local e Data

Jose Eval Ferreira Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

AUTO-ATENDIMENTO - AG:SOBRAL

DATA: 16/04/2018

HORA: 14:49:00

TERMINAL: 05541055

CONTROLE: 110550100

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

AGENCIA: 0554

CONTA DEBITADA: 001.00021350-1

NOME: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

BENEFICIARIO/CONVENIO: CLARO NR 100 81 A 89

DATA DO PAGAMENTO : 16/04/2018

VALOR DO PAGAMENTO : 42,98

Representação Numérica do Código de Barras

429802212011

054177257774 960025281300

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800 720 0101

Ovidoria da CAIXA: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

SABEMI SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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 casualidade: 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"

*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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO SUPERIOR - Lado 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 à valoração do dano corporal.

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



**Dr. Andre de Oliveira Leal**  
CPF - 029.258.907-76  
CRM/CE - 16566



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 <b>JOSE EDVAL FERREIRA LOIMA</b>	CPF da Vítima <b>249.076.563-69</b>	Data do Acidente <b>03/10/2017</b>
---	--	---------------------------------------

**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 Líder 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.

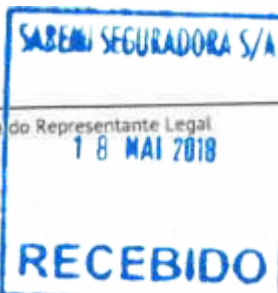
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Socred, 04 de maio de 2018  
Local e Data

Jose Edval Ferreira Lima  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 117 | 03/10/2017 22:37

Endereço: Sobral/CE

ATEND.: 485472 DT. ATEND.: 3/10/2017 22:37

PAZEL.: 28135 NASCIMENTO.: 7/11/1965

NOME.: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

PAZEL.: IVYIA FERREIRA DA SILVA

CPF.: 04807656338 CEG: 12345678900007 SUSFACIL:

ENDR.: JOAO KILL 649

ENDR.: CENTRO

SOBRA.

CE - GUF: 63020555

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, Nº Pulso: 104, Nº Freq. Resp.: DX: , Temperatura:

Eu, JOSE EDVAL F. LIMA, ( ) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) \_\_\_\_\_, RG Nº \_\_\_\_\_, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto 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.

Sobral/CE, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente ou Responsável



Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
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





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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Pélio Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-81 / \_\_\_\_\_ na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CORA FERREIRA Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563 / 68 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE CORA 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 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		Número	Complemento
<u>Rua Frei Miguel</u>		<u>605</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Vila do Cristo</u>	<u>Sosopol</u>	<u>Rio de Janeiro</u>	<u>62.020-370</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	<u>(35) 99605-0011</u>		<u>(35) 99427-4532</u>

Sosopol / 10 de maio de 2018  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Thais 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 332,  
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 Jose Gival Ferreira Lima, cujo o condutor era  
Jose Gival Ferreira Lima.

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA/BIZ 330I  
Ano: 2016  
Placa: PMA 3323  
Chassi: 9C2 JC 7000 GR 111 846  
Data do Acidente: 03/10/2017  
Local e Data: Sobral 08/04/2018

Thais Albuquerque Lima  
Assinatura do Declarante

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



Matrícula: 263158  
Paciente: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA CPF: 24807656368  
Sexo: Masculino  
Dt. Nasco: 07/11/1965 Idade: 51a 10m 27d  
Mãe: MARIA FERREIRA DA SILVA  
Pai: VICENTE FERREIRA LIMA Cor: Parda  
E Civil: CASADO Grau de Instrução:  
Endereço: JOAO XIII, 649  
Bairro: CENTRO Cep: 62020555  
Cidade: SOBRAL UF: CE  
Fone: 8892444386

#### DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:  
Endereço:  
Documento:  
Fone:

#### DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 4886490 Atendente: WELLINGTON  
Data: 03/10/2017 Hora: 23:50  
Procedimento: 0408020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISÁRIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO  
SÍNTESE  
Médico: SEIJI MATSUI  
Unid Int: UI EMERGENCIA ADULTA  
Leito: LEITO 2-3 EMERG. ADULTA  
Convênio: SUS - SIH  
Plano: SUS - SIH  
Carteira:  
N. Guia:

  
Assinatura do Paciente ou Responsável

  
Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONSERVE COM O ORIGINAL  
Andreia R. Montenegro  
COORDENADORA

Outras Observações:

SABEMI SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO



Sistema Único de Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 305615

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

ATEN.: 4983490 DT. ATEND.: 3/10/2017 - 23:50

MATRI.: 263158 NASCIMENTO.: 7/11/1945

NOME.: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

MUL.: MARIA FERREIRA DA SILVA

CPF.: 24007653368 CNS: 123519815040007 SUSFACIL:

ENDER.: JOAO XIII 649

Bairro: CENTRO

- SOBRAL

-CE- CEP: 62020555

5 - Nº DO PRONTUÁRIO

MONTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente automobilístico com lesão sangrante, dor e deformidade no antebraço E. À Radiografia, fratura diáfise de rádio e ulna E (tubo distal)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

Santa Casa de M. de Sobral  
S.A.M.E.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

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

RAIO X + EXAME FÍSICO + COMPLEMENTAR

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

24 - Cód. 1º PRIOR. 25 - Cód. 2º SECUND. 26 - Cód. 3º SECUND.

5528

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

INTERNAMENTO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

OK 1018 1012 0141213

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

110151919171013121513

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

03/10/2017

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

06 OUT 2017

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

Celso Vasconcelos Lima  
Médico Auditor - Danubio

44 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

06 OUT 2017

( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

48 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

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

Cristiano Araújo Costa

CRM- 0382 - DIRETOR TÉCNICO

SEGURODADORA 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 1  
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](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

123170060822411 10/10/2017 15:00:07

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

06.192.431-8

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT

CNPJ

07.827.664/0001-78

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

CNPJ / CPF

07.818.313/0001-09

DATA DA EMISSÃO

10/10/2017

ENDEREÇO

RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919

Bairro / Distrito

CENTRO

CEP

62010-550

DATA DA SAÍDA

10/10/2017

MUNICÍPIO

SOBRAL

UF

CE

FONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

06.322.262-0

HORA DA SAÍDA

15:05:00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC ICMS

0,00

VALOR ICMS

0,00

BASE CÁLC ICMS ST

0,00

VALOR ICMS ST

0,00

TOTAL DOS PRODUTOS

551,70

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

NOME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

0-EMITENTE

CODIGO ANTI

PLACA DO VEIC

UF

CNPJ / CPE

ENDEREÇO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CSOSN	CFOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V. APROX TRIBUTOS
152	PLACA A/C 3.5 X 06 FUIROS	90211020	0500	5403	UN	1	183,81	183,81	0,00	0,00	0	38,97
154	PLACA A/C 3.5 X 08 FUIROS	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  
S.A.M.E.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andreia R. Montenegro  
COORDENADORA

Dr. José Roberto Vasconcelos da Silva  
Mestre em Direito  
CNPJ: 07.818.313/0001-09  
CPF: 000.005.745  
CNPJ: 000.005.745  
CPF: 000.005.745

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:  
7A9F4B6C4405355E5FFB6F73B83FEFE7E

RESERVADO AO FISCO

Gerado em 10/10/2017 às 15:00 pelo UmdANFE 1.5.2 Fox | [www.udmarte.com.br](http://www.udmarte.com.br)

Unidade NF-e Open Source | [www.unite.com.br](http://www.unite.com.br)

RECEBEMOS 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

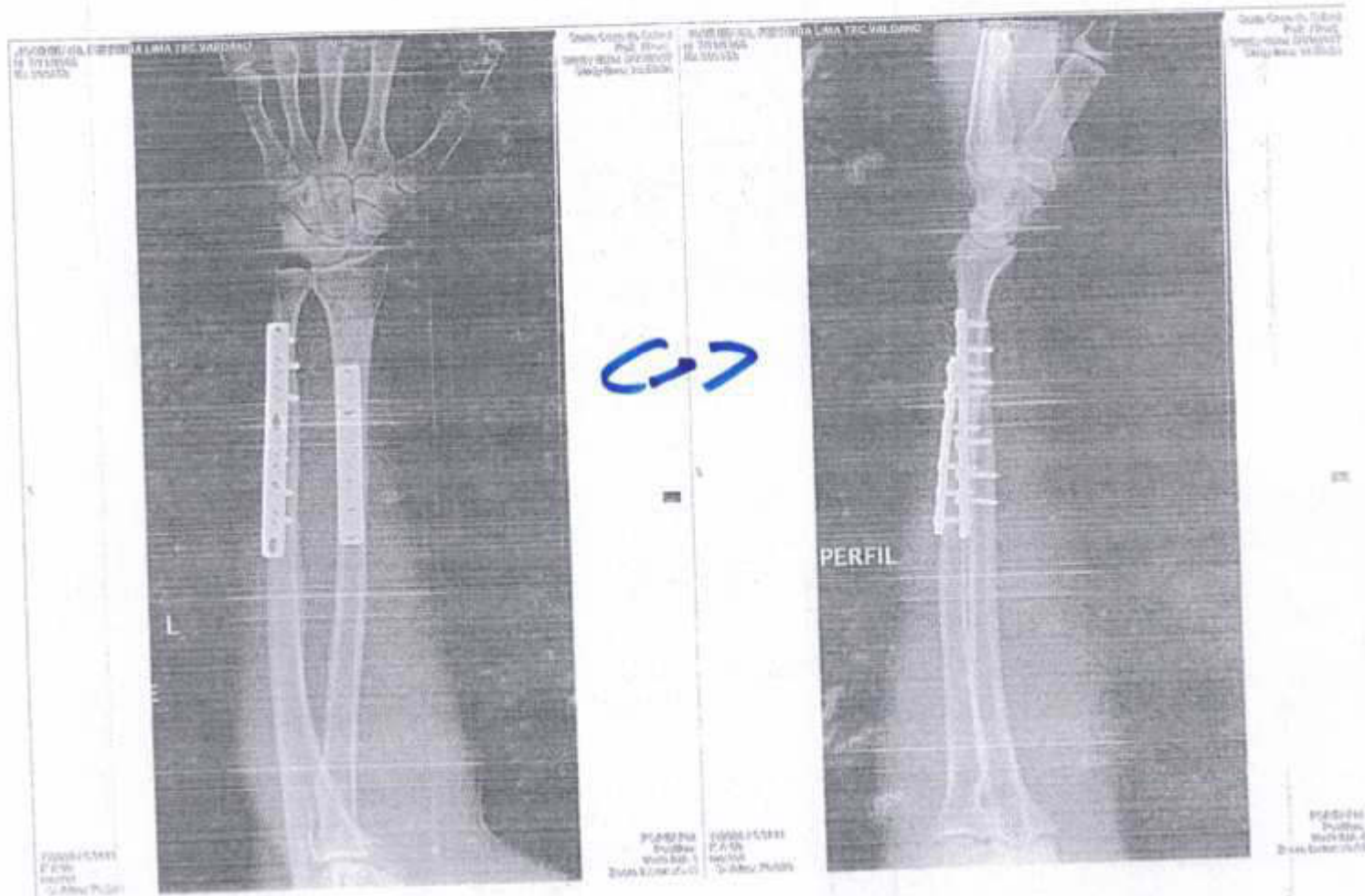
SABEMI SEGURODORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO



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



Santa Casa de M. da Sobral  
S.A. S.E.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréa R. Montenegro  
COORDENADORA

SABEM SEGURADORA S/A  
18 MAI 2018  
RECEBIDO

RELATÓRIO DE ALTA

7

Nome: Jose Edval Ferreira Lima

Tratamento para: S528 - Fratura De Outras Partes Do Antebraco

☐ 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 medicação prescrita
- ( X ) Trocar curativo diariamente

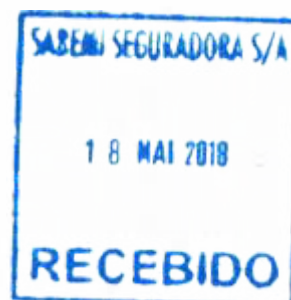
  
Santa Casa de M. do Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréa R. Montenegro  
COORDENADORA

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



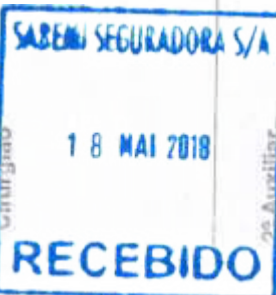




RESUMO DO ATÓ CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)

- 1) Ref. em 04/11, mel. de lesões do plexo braquial e
- 2) fraturas, anfi-sepia - exposição do osso por 15 dias
- 3) Anest. total em sala (E)
- 4) desbridamento e redução da fratura
- 5) Redução com placa dep e parafusos
- 6) Anest. total em sala (E)
- 7) Desbridamento e redução da fratura de v/ou (E)
- 8) Fixação com placa dep e parafusos
- 9) Sutura por planos
- 10) Curativo asséptico

Cirurgião



2º Auxiliar

1º Auxiliar

Nota Casa de M. do Sobral  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

Dr. Aury Rocha de Oliveira  
CIRURGIÃO  
CPF 380.742.887-72 CRM 14.111

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



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

PACIENTE: Dr.º General Francisco Lima  
TIPO DE CIRURGIA: Cateterismo  
MATRÍCULA: 263158 CONVÊNIO: SUS DATA: 04.10.17  
PROCEDIMENTO: Facilidade Cateterismo  
CIRURGIÃO: Dr.º Paulo

[illegible][illegible]

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

COND. P/PAGTO.: \_\_\_\_\_ MD: \_\_\_\_\_ TOTAL: \_\_\_\_\_

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

SABEMI SEGURODORA S/A  
18 MAI 2018  
RECEBIDO

PRESCRIÇÃO.: 1734747 DATA: 05/10/2017 10:30  
 USUÁRIO.: LAILA PONTE  
 ATENDIMENTO: 4985490 DT NASC: 07/11/1965 (51A 10M 29D)  
 CONVÊNIO.: SUS - SIH  
 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. SAO JOAQUIM  
 OBSERVAÇÃO ADULTO  
 CID.: S528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRACO CICLO.: 7  
 DIAGNÓSTICO:  
 PROTOCOLO.:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

83  
 1 VIA  
 Dra. Laila Ponte  
 Médica  
 Residente de Clínica e Traumatologia  
 Rubrica do Médico

## EVOLUÇÃO MÉDICA

# DR AUGOSTINHO

# 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 ULNA

# REALIZADA OSTEOSÍNTESE 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 (1º PO)

CD: MANTIDO ATB  
 SOLICITO RX DE CONTROLE  
 AVALIAR ALTA AMANHÃ

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

\*4985490\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
1 DIETA HIPOCOLESTEROLEMICA	1					[05/10]	10:30
MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apf	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 Obs.: SE NECESSÁRIO	1	AMPOLA	S	EV	ACM		
4 C.C. CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA Justificativa: prescrita Obs.: D1	1	FRASCO AM		EV	8x8-N		
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA					
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE					
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND					

SABEM SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO

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

1ª VIA

MÉDICO.: 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 ANTEBRACO CICLO.: /  
 DIAGNOSTICO:  
 PROTOCOLO.:  
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do Médico

Dra. Laíla Ponte  
 Médica  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-MG 10000

## EVOLUÇÃO MÉDICA

DR AUGUSTINHO

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 ULNA

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

EM USO CEFALOTINA D2

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

FO

CD. MANTIDO ATB

SOLICITO RX DE CONTROLE, digo: checa Rx de controle.

ALTA HOSPITALAR

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

\*4985490\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DIETA

1 DIETA HIPOCOLESTEROLEMICA

Qtd Unidade

SN Apl

Frequência

Data Horários

[06/10] 10:30

## MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

2 C.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC

Qtd Unidade

SN Apl

Frequência

Data Horários

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 NECESSARIO

4 C.C. CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA

1 FRASCO AM

EV

8x8-N

Justificativa.: prescrita

Obs.: DI

-&gt; AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA

2 AMPOLA

-&gt; SERINGA DESCARTAVEL 20ML

1 UNO

-&gt; AGULHA DESCARTAVEL 40X12

1 UNIDADE

8-16

SABEMI SEGURODORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO



RECEBIDO



ATEN.: 9985490 DT. ATEN.: 3/10/2018 - 23:50  
MATR.: 263158 NASCIMENTO.: 7/11/1966  
NOME.: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
MAE.: MARIA FERREIRA DA SILVA  
CPF.: 24807656368 CNS: 123519815040007 SUSFACIL:  
ENDER.: JOAO XIII 649 - SOBRAL -CE- CEP: 62020555  
BAIRRO: CENTRO

QP: Fratura exposta do antebraço esquerdo

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

Após raio-x evidência fratura completa e deslocada em 1/3 do terço médio do rádio e ulna.

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral  
S.A.M.E.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta do antebraço esquerdo

CONDUTA: Cirúrgica

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura de antebraço esquerdo

SABEMI SEGURADORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO

Sistema de Radiologia

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

Laudos

Exames

ANTEBRACO

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

Linhas de fraturas oblíquas 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

SABEMI SEGURODORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO

Requisicao.....: 1726809      Data da Solicitacao: 21/11/2017  
Matricula.....: 263158      Idade: 52a 1m 15d  
Atendimento.....: 5028710  
Paciente.....: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
Convenio.....: SUS - SIA  
Medico Solic.....: HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL  
Laudo

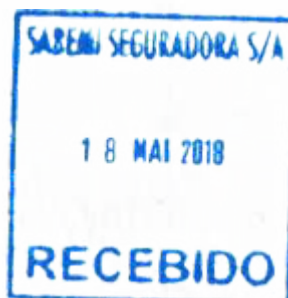
Exames

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

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO  
TERRITÓRIO NACIONAL

1225861212

NOME  
JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF  
090764 MTE CE

CPF  
248.076.563-68

DATA NASCIMENTO  
07/11/1965

FILIAÇÃO  
VICENTE FERREIRA LIMA  
MARIA FERREIRA DA  
SILVA

PERMISSÃO  
ACC  
CA/HAB  
AD

Nº REGISTRO  
01630314140

VALIDADE  
09/06/2021

1ª HABILITAÇÃO  
05/10/1985

OBSERVAÇÕES  
EXERCE ATIV REMUNERADA;

*Jose Edval F. Lima*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
SOBRAL, CE

DATA EMISSÃO  
14/06/2016

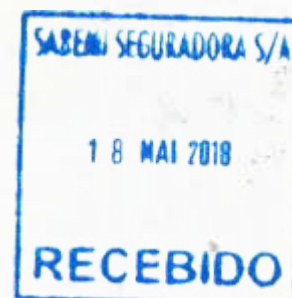
*Igor Maciel*  
IGOR MACIEL MONTES  
ASSINATURA DO EMISSOR

86551632664  
CE153857439

PROIBIDO PLASTIFICAR

1225861212

DETRAN-CE (CEARA)







VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1497615130

NOME  
CELIO GROVANI MARQUES LINO



DOC IDENTIDADE : DNO EMISSOR UF  
068109 MTE CE

CPF DATA NASCIMENTO  
284.193.913-87 15/04/1967

FUNÇÃO  
JOSE LINO BARBOSA  
FRANCISCA VALDENIR  
MARQUES LINO

PERMISSÃO ADIC CATIAS

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª EMISSÃO  
15/03/1986



OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO:

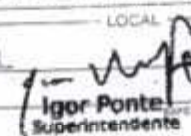
PROIBIDO PLASTIFICAR  
1497615130


ASSINATURA DO PORTADOR  
LOCAL  
SORRAL, CE DATA EMISSÃO  
15/03/2018  
92681871024  
CE164058109  
CEARÁ

SABEMI SEGURADORA S/A  
18 MAI 2018  
RECEBIDO

DENATRAN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
FPT	01	01086301967	0000000000 2017
NOME			
THAIS ALBUQUERQUE LIMA			
*****			
*****			
SOBRAL /CE			
CPF / CNPJ		PLACA	
03259709398		FMA3323/CE	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
/CE		9C23C7000GR111846	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA/NAD AFLIC.*		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 110I		2016	2016
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/OCV/109CC	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS	
*****	**/**/**	1* *****	
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****	
*****	*****	3* *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
			*****
OBSERVAÇÕES			
*****			
*****			
*****			
LOCAL		DATA	
SOBRAL		21/06/2017	

  
Igor Ponte  
Superintendente

 DETRAN-CE

SABEMI SEGURODORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO

DENATRAN

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
FPT	01	01086301967	0000000000 2017
NOME			
THAIS ALBUQUERQUE LIMA			
*****			
*****			
SOBRAL /CE			
CPF / CNPJ		PLACA	
03259709398		FMA3323/CE	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
/CE		9C23C7000GR111846	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTONETA/NAD AFLIC.*		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/BIZ 110I		2016	2016
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/OCV/109CC	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENO. COTA ÚNICA	VENO. COTAS	
*****	**/**/**	1* *****	
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2* *****	
*****	*****	3* *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
			*****
OBSERVAÇÕES			
*****			
*****			
*****			
LOCAL		DATA	
SOBRAL		21/06/2017	

Igor Ponte  
Superintendente

DETRAN-CE

SABEMI SEGURODORA S/A

18 MAI 2018

RECEBIDO

TRABE ALBUQUERQUE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORGANIZADOR Nº 2008009202333 SSP CE

CNP 032.597.093-98 DATA NASCIMENTO 03/05/1995

RAÇÃO

JOSE EDVAL FERRIRA LIMA  
FRANCISCA MARIA DE ALBUQUERQUE LIMA

PERMISSÃO REC. DATA

PERMISSÃO AB

Nº REGISTRO 06502340230 VIGÊNCIA 09/11/2016 VENCIMENTO 09/11/2015

1157963759

SEM OBSERVAÇÃO

Alm Albuquerque Lima

LOCAL BOHIAL, CE DATA EMISSÃO 11/11/2015

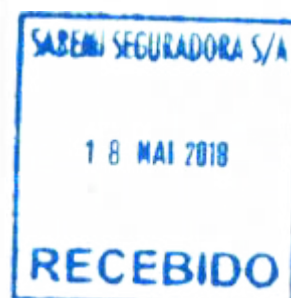
10-Vuf-2/1

09553638383  
CE148880770

DETRAN CE (CEARA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

TRANSPORTADORA DO VEICULO





# 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:**

Victor Borba