

PROCURAÇÃO

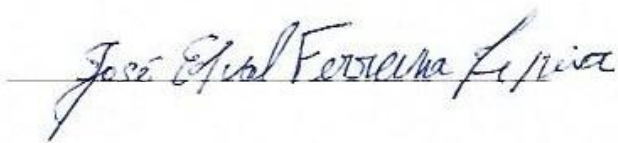
OUTORGANTE: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA, brasileiro, viúvo, motorista, portador da cédula de identidade de nº 090764 SSP/CE e CPF de nº. 248.076.563-68, residente e domiciliado na Rua Cel. Frederico Gomes, 1332, Sobral/CE.

OUTORGADA: LUCIANA GONÇALVES SILVA, brasileira, solteira, maior, advogada, CPF: 877.388.723-49 inscrita na OAB/CE de nº 27.103, com escritório Jurídico localizado na Rua Padre José/Praça Bezerril Fontenele s/nº, centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP: 62300-000.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes, inclusive, os poderes o foro em geral com a cláusula ad judícia et extra, para, em conjunto ou separadamente, realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento desde mandato, especialmente para: **AJUIZAR AÇÃO DE COBRANÇA EM FACE DA SEGURADORA DE SEGUROS DPVAT**, inclusive, nesse mister, podendo promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, junto a repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual ou municipal, autarquia ou entidade paraestatal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho desde mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre a qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, do CPC de 2015. Ademais, os mencionados poderes específicos outorgados poderão ser substabelecidos.

Viçosa do Ceará/CE, 03 de Julho de 2018.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **JOSE EDVAL FERREIRA LIMA**, brasileiro, viúvo, motorista, portador da cédula de identidade de nº 090764 SSP/CE e CPF de nº. 248.076.563-68, residente e domiciliado na Rua Cel. Frederico Gomes, 1332, Sobral/CE, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Viçosa do Ceará-CE, 06 de Novembro de 2018.


JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

DOC IDENTIDADE / CDS EMISSÃO UF
 090764 NTE CE

CPF 248.076.563-68 **DATA NASCIMENTO** 07/11/1965

FILIAÇÃO
 VICENTE FERREIRA LIMA
 MARIA FERREIRA DA SILVA

PERMISSÃO **ACC** **CAT NAS**
 AD

Nº REGISTRO 01610114140 **VALIDADEZ** 09/06/2021 **1ª ANIVERSÁRIO** 05/10/1985

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

Jose Edval F. Lima
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL SOBRAL, CE **DATA EMISSÃO** 14/06/2016

Idor Vascóncelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

86551632664
 CTE153857439

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1225861212

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1225861212

8968135-5

Para acessar seu histórico, clique no link
sempre que entrar em contato conosco.Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60130-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047267/0001-70 | CGF 06.105.048-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 04 32000 03 046500 - 5 Data de Emissão 520064167
 Nome JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
 End. Postal RU CEL FREDERICO GOMES 01332
 - SOBRAL - 62100000
 Medidor 7365607 Poste 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 248076563-68 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 05/04/2018
 Data da Apresentação 07/05/2018
 Próxima Leitura

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
 Conjunto

Abr/2018			05/04/2018			07/05/2018			Mês			Fev/2018			Pavão			Apuração Individual		
ICMS			Base de Cálculo (R\$)			Alíquota			Valor do Imposto			Mensal			Trim.			Anual		
49,50			17,00			13,06			DIC			0,00			0,00			0,00		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC			0,00			0,00			0,00			0,00			0,00		
ENCARGO DE DISTRIBUIÇÃO			DMIC			0,00			0,00			0,00			0,00			0,00		
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			Leit. Atual			Leit. Anterior			Consumo (kWh)			Consumo (kWh)			Consumo (kWh)			Tarifa (R\$/kWh)		
FF 10/05/2018			1000			1000			1000			1000			1000			1000		
10/05/2018			27.00			23.00			4.00			4.00			4.00			4.00		

DESCRIÇÃO VALOR (R\$)
 VALOR CONSUMO DO MES 49,50
 ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL 4,67

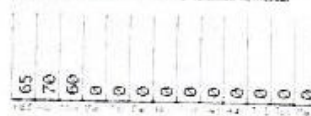
10/05/2018

54,17

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	16,47
Transmissão	1,95
Distribuição	11,73
Encargos Setoriais	1,60
Tributos (ICMS, IPTU, IPI, etc.)	16,00
TOTAL	49,50

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (MCO ₂)
30,25	0,00	100

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Para obter mais informações sobre o consumo de energia elétrica, consulte o site da Companhia Energética do Ceará (CEC) ou o aplicativo CEC App.

Conta desta fatura: 8968135-5 | Referência: 520064167 | Data de Emissão: 05/04/2018 | Valor a Pagar (R\$): 54,17

Para este mês, o valor a pagar é de R\$ 54,17. O valor do consumo é de R\$ 49,50 e o valor da taxa de distribuição é de R\$ 4,67.

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 do Controle: 0008968135 00002 39022 12

83800000000-9 54170031000-1 00089681350-9 00023902226-2





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 1012 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/04/2018 09:24:54**
Data / Hora da Ocorrência: **03/10/2017 22:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TABELIÃO IDELFONSO CAVALCANTE**
Complemento: **CRUZ. R. DES. MOREIRA DA ROCHA**
Bairro: **CENTRO** Município: **SOBRAL/CE**
Ponto de Referência: **PROX. A IGREJA CATOLICA**

Noticiante(s)

Nome: **JOSÉ EDVAL FERREIRA LIMA**
Nascimento: **07/11/1965** CPF: **248.076.563-68** UF: _____
CNH: **01630314140** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **MARIA FERREIRA DA SILVA**
VICENTE FERREIRA LIMA
Endereço: **RUA FRANCISCO ANASTÁCIO CAVALCANTE, 966 CASA 05**
Bairro: **PADRE IBIAPINA** CEP: _____
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9701-0928**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMA3323** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi: **9C2JC7000GR111846** Renavam: **1086301967** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 110I** Ano Fabricação: **2016**
Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **THAIS ALBUQUERQUE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante devidamente qualificado informa que: no dia, hora e local acima descrito estava conduzindo a moto de placa PMA3323/CE, dados do veículo acima; Que estava normalmente na via e que um carro breou no sinal e que o noticiante bateu na traseira desse veículo e caiu; Que foi atendido por populares e levado para o Hospital Santa Casa de Sobral; Que o noticiante fraturou o braço esquerdo e outras escoriações pelo corpo; Que não fez cirurgia e nem fisioterapia. E, nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO CARLOS GOMES VASCONCELOS - MAT.: 300091-1-8

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

José Edval Ferreira Lima

VISTO DO DELEGADO(A) :

ALEX BRUNO PINTO MATTOS - MAT.: 30084810

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA, brasileiro(a),
estado civil VIVO, profissão MOTERISTA, CI RG nº
722634-84, CPF/MF nº 248076463-68, residente e domiciliado(a)
à Rua CEL Frederico Carmo, 1332, Cidade de
Sobral, Estado Ceará, CEP:
62030020, telefone (88) 99605-0011 (88) 99477-4532

OUTORGADO: Helio Rovani Marques Louro
CPF sob o n.º 284.193.913-87, e
RG sob o número 88399885 com endereço cito à
Rua Frei Urbano, 665, Vila da Vista, na cidade de
Sobral, Estado do Ceará.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgante para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Sobral, 08 de maio de 2018.



JOSE EDVAL FERREIRA LIMA
OUTORGANTE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 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	Nome completo da vítima
	249.076.563-68	Jose Eval Ferreira Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Eval Ferreira Lima	249.076.563-68	Agrônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Cel. Frederico	3332	
Bairro	Estado	CEP
Alto da Isabela	Viçosa	62.160-000
Cidade	Telefone (DDD)	
Socetal	(31) 94605.0011	
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)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)			
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	D/V	AGÊNCIA	D/V
Nº		Nº	
		0554	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA	D/V	CONTA	D/V
Nº		Nº	
		21350	
(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.

Socetal, 04 de Maio de 2019
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

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

JOSE EDUARDO FERREIRA LIMA

CPF da Vítima

249.076.565-69

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 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.

Sorocaba, 04 de Junho de 2017.

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



AUTO-ATENDIMENTO AG:SOBRAL
DATA: 10/07/2018 HORA: 14:43:40
TERMINAL: 00041955 CONTRATO: 11050100

CONFIRMAÇÃO DE PAGAMENTO

AGÊNCIA: 0054
CONTA DEBITADA: 001.00021350-1
NOME: JOSE LOVAL FERREIRA LIMA

RENDA 150/CONVENIO: CIARO NL 001 81 A 00

DATA DO PAGAMENTO : 10/07/2018
VALOR DO PAGAMENTO : 42,08

Preenchimento informado do Centro de Pagamento

Identificação: 4100021350-1

Valor: 42,08 000000000000

Informações, reclamações, sugestões e elogios

100. VÍDEO: 0800 70 0101

Ovidente da CAIXA: 0800-70 7174

www.caixa.gov.br

2740 8186

A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONTRATANTE:

Brasileiro(a), Estado Civil _____, RG: _____ SSP-CE
CPF _____, Residente,
Rua: _____ N° _____
Bairro _____ Cidade _____ - CE, doravante denominado
CONTRATANTE.

CONTRATADA C.G.M.LINO (AJIL ASSESSORIA EM SEGURO DPVAT), estabelecida em Sobral — CE, na Rua Frei Álvaro, n° 665 — loja 04 — Residencial Redentor I — Alto do Cristo, inscrito no CNPJ/MF sob o n° 10.360.732/0001-46 represento por seu Proprietário, Sr. Célio Geovani Marques Lino, daqui por diante denominada de CONTRATADA, tem entre si ajustado o seguinte:

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si como justo e combinado o presente contrato de prestação de serviços, que se regerá pelas cláusulas e condições adiante articuladas:

1. DO OBJETO DO CONTRATO

O objeto do presente contrato consiste na prestação de serviços em Assessoria referente à cobrança de seguro de Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores de Via Terrestres (DPVAT) mais precisamente nas áreas administrativa nas indenizações de Seguro por Invalidez Parcial e Total e por Morte.

2. DOS SERVIÇOS

A empresa **CONTRATADA** disponibilizara os seguintes serviços para o **CONTRATANTE**:

2.1. Assessorar na viabilização da documentação necessária e na regularização desta documentação do **CONTRATANTE** junto a **SEGURADORA LIDER**, dando entrada ao processo administrativo;

2.2. Acompanhar todo o trâmite do Processo e fornecer informações precisas ao **CONTRATANTE** de toda a situação do mesmo;

2.3. Esclarecer ao **CONTRATANTE** o que é o DPVAT, seus benefícios e direitos concedidos pelas leis N°s. 6.194/74 e 8.441/92;

2.4. Acompanhar o Processo até sua liquidação, comunicando ao **CONTRATANTE**, a data do possível crédito e o valor pago pela Seguradora **LIDER**.

Rua Frei Álvaro-n°665 – Alto do Cristo – Sobral/Ce
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532
E-mail: ajilsegurodpvat@hotmail.com

A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

3. DEVERES DO CONTRATANTE

3.1. Fornecer toda e qualquer documentação relativa ao **Acidente** ou aos **Danos Sofridos pelo contratante** requisitada pela CONTRATADA.

3.2. Pagar o valor de 30% (trinta por cento) do valor recebido a **EMPRESA CONTRATADA**, referente aos Serviços prestados especificados no item 2 e seus incisos.

3.3. Isentar, através de declaração, a Empresa CONTRATADA de qualquer fraude ou falsificação produzida pelo CONTRATANTE.

4. DO VALOR

A remuneração de serviços objeto do presente contrato dar-se-á da seguinte forma;

- O CONTRATANTE receberá o valor depositado pela SEGURADORA LIDER, valor este que pode chegar até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme o **Art. 3º, § 2º da Lei nº. 6.194/74**, e Alterada pela **Lei 11.945/2009**.

- O recebimento da empresa **CONTRATADA** será logo após a confirmação do depósito bancário feito pela SEGURADORA LIDER na conta do CONTRATANTE e posterior retirada do valor. Com isso, após o recebimento, o **CONTRATANTE** deverá pagar a empresa **CONTRATADA** o valor referente a **30% (Trinta Por Cento)** do valor recebido em Conta Bancária da Empresa Contratada.

5. DA VALIDADE

O presente contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura e produzirá efeito na forma da Lei Civil, constituindo-se título executivo extrajudicial, extinguindo com o cumprimento de seu objeto, isto é, com a quitação do valor pago pela seguradora ao CONTRATANTE e pagamento dos serviços prestados a empresa CONTRATADA.

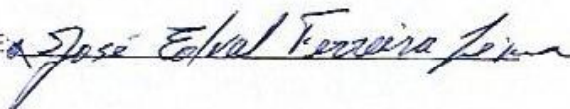
6. DO FORO

As partes elegem como competente para qualquer ação decorrente deste contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o foro da comarca de Sobral - CE.

E, por estarem, assim, de pleno e comum acordo com as condições instituídas no presente instrumento, as partes contratantes o assinaram com 2(duas) testemunhas, em 2(duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Cidade _____ / _____ / de _____ /2018

ASSINATURA DO CONTRATANTE:



ASSINATURA DO CONTRATADO: _____

Rua Frei Álvaro-nº665 – Alto do Cristo – Sobral/CE
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532
E-mail: ajilsegurodpvat@hotmail.com



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 528137111

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
8968135 DV **5**

VENCIMENTO
10/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
77,39

Rota 04 032000 03 046500 Medidor Poste
Nome JOSE EDVAL FERREIRA LIMA 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade RU CEL FREDERICO GOMES 01332 **SEM BAIRRO SOBRAL
Consumidora 62100000

RG / CPF / CNPJ 248.076.563-68 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior + Constante - Consumo (kWh) + Consumo Incl. - Consumo Faturado

FP 34123 34026 1 97 0 97

DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	97	0,74009	71,78

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 5,61
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,67)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
07/06/2018	06/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A98C.C56B.C7F2.CD94.0852.C171.5AC0.6CE5

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
71,78	27%	19,38

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	27,13
TRANSMISSÃO	2,89
DISTRIBUIÇÃO	15,46
ENCARGOS SETORIAIS	4,14
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	22,16

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

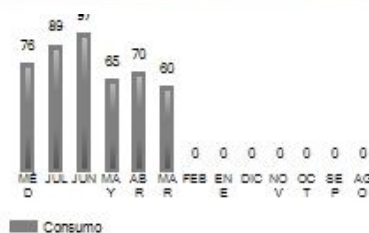
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,75

Conjunto SOBRAL I

Mês ABR/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Apuração Trim.	Apuração Anual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 8968135-5 N° da Nota Fiscal: 528137111 Total a Pagar (R\$): 77,39
Data de Emissão: 26/01/2019 Referência: JUN/2018 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 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 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 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. de Sobral
S.A.M.E.
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. Laís Pontes
Medica
C.R.C. 14.453

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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 117 | 03/10/2017 22:17

Unidade de Atendimento:

ARIZ... 03/10/2017 22:17
Nº... 01/1963
NOME... JOSE EDUARDO FERREIRA LIMA
NOME... MARIA FERNANDA DA SILVA
CPF... 12345678901234567890
Nº... 01/1963
Nº... 01/1963

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.: 20, Temperatura:

Fu. JOSE EDUARDO FERREIRA LIMA () Paciente () Responsável
(Grau de Parentesco) RG Nº, declare 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) Eu 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 de as

Assinatura do Paciente ou Responsável

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

DADOS DO PACIENTE

Histórico... 263150
Paciente... JOSE EDVAL FERREIRA LIMA CPF... 14307658388
Sexo... Masculino
Dt. Nas... 07/11/1965 Idade... 51a 10m 21d
Mãe... MARIA FERREIRA DA SILVA
Pai... VICENTE FERREIRA LIMA Cor... Parda
Estado Civil... Casado Grau de Instrução...
Endereço... JOAO ARI, 649
Bairro... CENTRO Cep... 62020555
Cidade... SOFIA-CE UF... CE
Fone... 880244430

DADOS DO RESPONSÁVEL

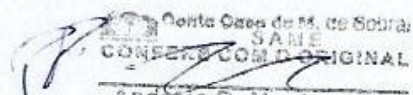
Nome...
Profissão...
Documento...
Endereço...

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento... 4895490 Atendente... WELLINGTON
Data... 09/10/2017 Hora... 23:50
Procedimento... CID: D20428 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA CRASSARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTERIOR
Membro... MEMBRO DIREITO
Unidade... UI EMERGENCIA ADULTA
Leito... LEITO 2-3 EMERG ADULTA
Cirurgião... SUC - SIH
Anestesiologista... SUC - SIH
Fisioterapeuta...
Fonoaudiólogo...

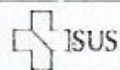


Assinatura do Paciente ou Responsável


Andreia R. Montenegro
COORDENADORA

Assinatura do responsável

13440074333



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

305615

1 - Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

30211114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

30211114

2 - Identificação do Paciente

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - NOME DO PACIENTE

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - ENDEREÇO

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - CID

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - CID

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE

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. A Radiografia, notou diáfanas de rádio e ulna E (tubo dental)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÃO

Santa Casa de M. de Sobral
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Andréa R. Montenegro
COORDENADORA

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

RADIOLÓGICA + EXAME FÍSICO + COMPLEMENTAR

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

24 - CID 10 PRINCIPAL

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 (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)

ASSINATURA: [assinatura] CARIMBO: [carimbo]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VEÍCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO

46 - APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DO ORGÃO EMISSOR

50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

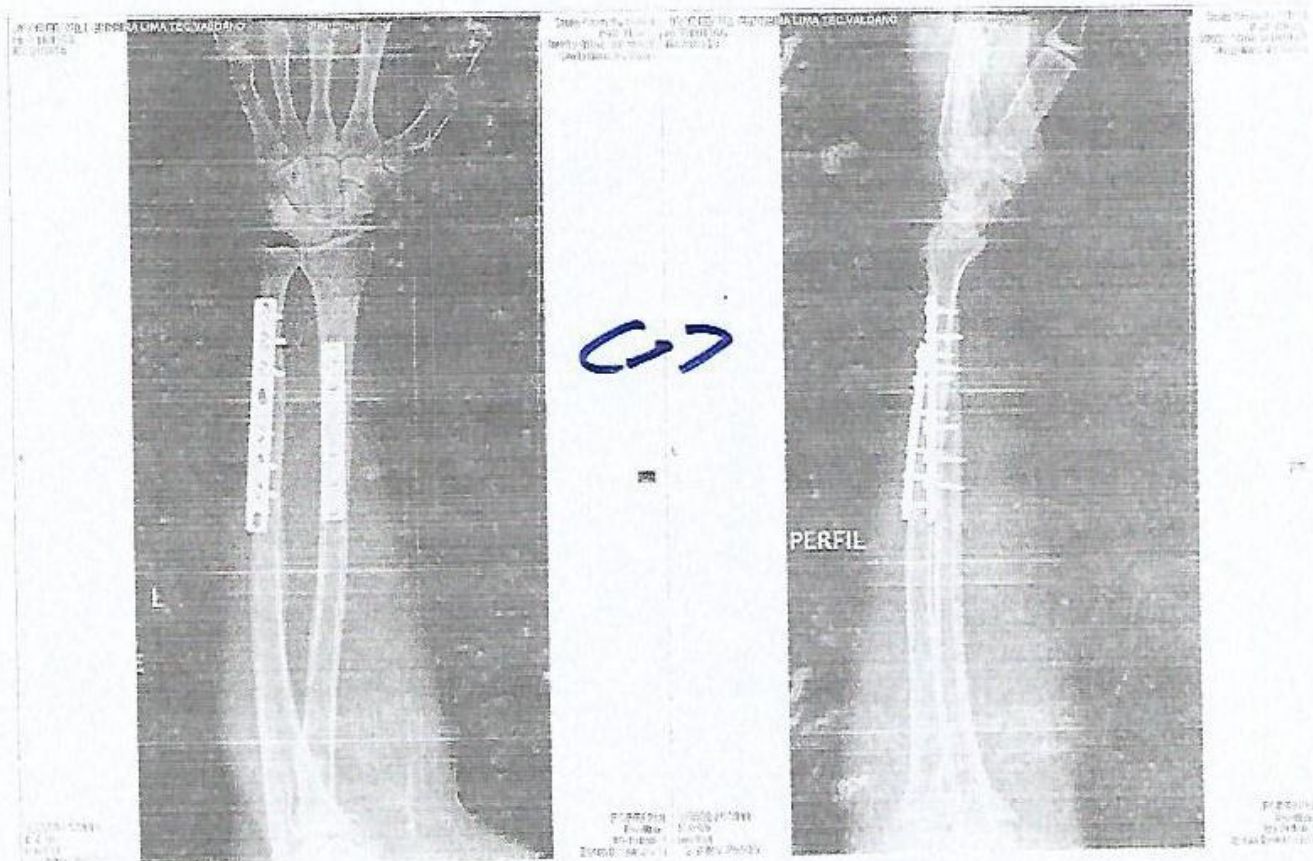
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Cristiano Araújo Costa
CRM 9282 - DIRETOR TÉCNICO

CÓD. 9166/ 1167(V)

Gráfica GLEIDE - (08) 3511.9723

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



Confirmação de Autenticidade
CONFIRME COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antônio Cristiano de Melo, 919 - Fone: 3677-1930 - Sobral-CE

Boletim de Cirurgia (Fornecedores de todos os artigos para a cirurgia - dentro da cobertura)

NOTED BY THE

DATE: 1086
NAME: Cornelia St. (n) Apr 1886

DIAGNOSTIC

FINANCIAL ESTIMATES

OPERAÇÃO

790
Cubensis

61	MATERIAL. DE SALA
----	-------------------

TIPO	CALIBRE (spessore)	QUANT.
------	-----------------------	--------

၆၅

MEDICAMENTOS DE SALDO

100

2000

10

1

No DAATH

CIRURGIA

RF 7554 80

COMING ON

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS EXATAS

CODING SHEET

34

100

100

100

1

100

2000

10

1

Santa Casa de M. de Cedral
 SAMA
 COPIA ORIGINAL
 Andréia A. Montenegro
 COORDINADORA

930 11/13/2017
48 Adam

11	27	930	11:00am
12	28	930	11:00am
13	29	930	11:00am
14	30	930	11:00am
15	31	930	11:00am
16	32	930	11:00am
17	33	930	11:00am
18	34	930	11:00am
19	35	930	11:00am
20	36	930	11:00am
21	37	930	11:00am
22	38	930	11:00am
23	39	930	11:00am
24	40	930	11:00am
25	41	930	11:00am
26	42	930	11:00am
27	43	930	11:00am
28	44	930	11:00am
29	45	930	11:00am
30	46	930	11:00am
31	47	930	11:00am
32	48	930	11:00am
33	49	930	11:00am
34	50	930	11:00am
35	51	930	11:00am
36	52	930	11:00am
37	53	930	11:00am
38	54	930	11:00am
39	55	930	11:00am
40	56	930	11:00am
41	57	930	11:00am
42	58	930	11:00am
43	59	930	11:00am
44	60	930	11:00am
45	61	930	11:00am
46	62	930	11:00am
47	63	930	11:00am
48	64	930	11:00am
49	65	930	11:00am
50	66	930	11:00am
51	67	930	11:00am
52	68	930	11:00am
53	69	930	11:00am
54	70	930	11:00am
55	71	930	11:00am
56	72	930	11:00am
57	73	930	11:00am
58	74	930	11:00am
59	75	930	11:00am
60	76	930	11:00am
61	77	930	11:00am
62	78	930	11:00am
63	79	930	11:00am
64	80	930	11:00am
65	81	930	11:00am
66	82	930	11:00am
67	83	930	11:00am
68	84	930	11:00am
69	85	930	11:00am
70	86	930	11:00am
71	87	930	11:00am
72	88	930	11:00am
73	89	930	11:00am
74	90	930	11:00am
75	91	930	11:00am
76	92	930	11:00am
77	93	930	11:00am
78	94	930	11:00am
79	95	930	11:00am
80	96	930	11:00am
81	97	930	11:00am
82	98	930	11:00am
83	99	930	11:00am
84	100	930	11:00am
85	101	930	11:00am
86	102	930	11:00am
87	103	930	11:00am
88	104	930	11:00am
89	105	930	11:00am
90	106	930	11:00am
91	107	930	11:00am
92	108	930	11:00am
93	109	930	11:00am
94	110	930	11:00am
95	111	930	11:00am
96	112	930	11:00am
97	113	930	11:00am
98	114	930	11:00am
99	115	930	11:00am
100	116	930	11:00am

74	OXIGÊNIO
----	----------

Acc. to **Efficiency**

All rights reserved.

RESUMO DO ATO CIRURGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAL)

1) 10/10/2019 - 1ª cirurgia de emergência E
 2) 10/10/2019 - 2ª cirurgia de emergência E
 3) 10/10/2019 - 3ª cirurgia de emergência E
 4) 10/10/2019 - 4ª cirurgia de emergência E
 5) 10/10/2019 - 5ª cirurgia de emergência E
 6) 10/10/2019 - 6ª cirurgia de emergência E
 7) 10/10/2019 - 7ª cirurgia de emergência E
 8) 10/10/2019 - 8ª cirurgia de emergência E
 9) 10/10/2019 - 9ª cirurgia de emergência E
 10) 10/10/2019 - 10ª cirurgia de emergência E

Cirurgião

1º Auxiliar

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

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

CIF-URGIÃO: 2. João Paulo

NÃO PRENCHER

OBS. O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATORIO.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página 1/2
Emitido Por LAILA PONTE
Data 05/10/2017 11:03

PRESCRIÇÃO.: 1734747 DATA: 05/10/2017 10:30
USUÁRIO.: LAILA PONTE
ATENIMENTO: 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 ILIC.: LEITO 17-3 - CLESTON JOAQUIM
OBJETIVO/AÇÃO ADULTO
CID.: 8528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO CICLO.:
DIAGNÓSTICO:
HISTÓRICO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1 VIA
Dra. Laíla Ponte
Médica
Residência de Clínica I Traumatologia
CRM-PR 44463
Clínica do
Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR AUGOSTINHO

JOSE 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 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 (1ºPO)

CD MANTIDO ATB
SOLICITO RX DE CONTROLE
AVALIAR ALTA AMANHÃ

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

4985490

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA HIPOCOLESTEROLEMICA

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

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

2 C.C. DIPIRONA 2ML + AD 8ML EV - HC
3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA +
AD 18 ML - HC
Obs.: SE NECESSÁRIO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	AMPOLA		EV	ACM		
1	AMPOLA	S	EV	ACM		

4 C.C. CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA
Justificativa.: prescrição
Obs.: D1

1 FRASCO AM EV 8x8-N

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

2 AMPOLA
1 UNIDADE
1 UND

16 24 24 04

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

1ª VIA

MÉDICO: SELMI NATHAN SERVIÇO: TRAUMA - ORTOEDIA
 UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. R. JOAQUIM DE ALMEIDA LEITE 1735 - CID. SÃO JOAQUIM DE ALMEIDA
 OBSERVAÇÃO: ADULTO
 HIA: 5528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANT. BRAÇO CÍCLO: 11
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do Médico

Dr. Laila Ponte
 Assinatura
 Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR AUGOSTINHO

Dr. José Paulo

JOSE 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 RÂDIO E ULNA

+ REALIZADA OSTEOSSÍNTESE 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

EM MANTIDO ATB

SOLICITO RX DE CONTROLE, diagnóstico, check Rx de controle

ALTA HOSPITALAR

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE 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

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 C.C. DILPIRONA 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 PRECISAR							
4 C.C. CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA	1	FRASCO AM		EV	8x8-N		
Justificativa: prescrita							
Obs.: DI							
-> AGUA B1-DESTILADA 10ML AMPOLA							
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML							
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12							

Obs.: DI

2 AMPOLA
 1 UNID
 1 UNID DE

8-16



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SÃO PAULO

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:



NOME: Jose Edval Ferreira Lima Nº PRONTUÁRIO 2681 58

SETOR: emergência ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

DATA

03/10/2017 Internamento para tratamento clínico

4/10/2017 Paciente com história recente de
doença aguda. Com exames
laborais recentes e neurologia apó-
sita, apresentando quadro de
doença aguda. Causa
estabilidade de quadro agudo.

Santa Casa de M. de São Paulo
SAME
CONFIRMADO ORIGINAL
Andressa R. Montenegro
COORDENADORA



SANTA CASA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

1001-123456789
1002-123456789
1003-123456789

ANEXO: 000000 DT. ADMISSÃO: 3/10/2017 20:50

PAZ: 26-11-1980 NASCIMENTO: 7/11/1980

PAZ: JAIL EDVAL PEREIRA LIMA

PAZ: MARIA FÁBULA DA SILVA

CEP: 2903/556388 END: 123456789000/ SUBFACIL:

END: JARDIM 678

PAZ: 00000

00000

CEP: 60000000

OP: Exatidão, exame de ante-braço esquerdo

HDA: Paciente vítima de queda de moto, apresentando lesões em membros superiores esquerdo, referindo dor local e dificuldade em movimentar local.

No exame x radiografia fratura completa e deslocada em 1/3 do antebraço e ulna.

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.

CONFERE COM O ORIGINAL

Andréia R. Medeiros
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta de ante-braço esquerdo

CONDUTA: Curativo

DIAGNÓSTICO FINAL: Fratura de ante-braço (C)

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

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
Laudo

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

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 NOME THAIS ALBUQUERQUE LIMA DOC. IDENTIDADE / ORGANISMO E F 2005009202333 SSP CE CPF 032.597.093-98 DATA NASCIMENTO 03/05/1995 FUNÇÃO JOSE EDVAL FERREIRA LIMA FRANCISCA MARIA DE ALBUQUERQUE LIMA PERMISSÃO PERMISSÃO ACC AD CAENAL AD Nº REGISTRO 06502348230 VALIDADE 08/11/2016 Nº HABILITAÇÃO 09/11/2015	
OBSERVAÇÕES	
SEM OBSERVAÇÃO;	
Thais Albuquerque Lima ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL SOBRAL, CE DATA EMISSÃO 11/11/2015 09553638383 CE148880770 DETRAN CE (CEARA) DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	

TRANSPORTADORA DO VEÍCULO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº **013401371311**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	01006301967	0000000000	2011

NOME

THAIS ALBUQUERQUE LIMA

CPF / CNPJ

03259709398

PLACA

FM53.323/CE

PLACA ANT. / UF

/CE

CHASSI

9C23C7000GR111846

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTONETA/MAL. APT. LIC. *

COMBUSTÍVEL

Gasolina

MARCA / MODELO

HONDA / BIZ 110

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2016

CAP. / POT. / CL.

2P / 0CV / 109CC

CATEGORIA

Partic

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

I P V A	COTA UNICA	VENO COTA UNICA	VENO COTAS
	1ª	2ª	3ª
	FAIXA I RVA	PARCELAMENTO / COTAS	

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

SOBRAL

DATA

21/06/2017

Igor Ponte
Superintendente

DETRAN-CE

28/05/05

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 Gonal Ferreira Lima, cujo o condutor era
Jose E. D. A. L. Ferreira Lima.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/BIZ 130I
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)



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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rildo Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-81 / _____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Coral Ferreira Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563-1 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura INVLIPERZ da Vítima Jose Coral Ferreira Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563-1 / 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 Mauro</u>		<u>065</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Vila do Cristo</u>	<u>Sosopol</u>	<u>Piauí</u>	<u>62.020.370</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(88) 99605.0011</u>	<u>(88) 99477.4532</u>	

Sosopol, 10 de MAIO de 2018.
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

MINISTERIO DAS PESSOAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PESSOAS
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO
TERITÓRIO NACIONAL
1225861212

PROIBIDO PLASTIFICAR
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
CAENAS
20

Nº REGISTRO
01630314140 VALIDEZ
08/06/2021 1ª HABILITAÇÃO
05/10/1985

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR
Jose Edval F. Lima

LOCAL
SOBRAL, CE DATA EMISSÃO
14/06/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
Im V. J. J. 86551632664
CE153857439

DEPARTAMENTO NACIONAL DE PESSOAS

Num. 13483196 - Pág. 11