

---

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2017

Carta nº: 10878259

A/C: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170218522 ASL-0153923/17

**Vitima:** JULIO DE MARIA LIMA SOARES

**Data Acidente:** 11/08/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** LUIZ ALBERNAN MOURA

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



---

Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2017

Carta nº: 10952749

A/C: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

**Sinistro:** 3170218522 ASL-0153923/17  
**Vítima:** JULIO DE MARIA LIMA SOARES  
**Data Acidente:** 11/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** LUIZ ALBERNAN MOURA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2017

Carta n°: 11072180

A/C: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Sinistro: 3170218522 ASL-0153923/17  
Vitima: JULIO DE MARIA LIMA SOARES  
Data Acidente: 11/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: LUIZ ALBERNAN MOURA

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: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000747

Conta: 000002940-8

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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](http://www.seguradoraslider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# 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

Sinistro: 3170218522 - 1

Nome do(a) Examinado(a): JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Endereço do(a) Examinado(a): Povoado RIACHO DO MATO nº 0 - CURRAL VELHO - CRATEUS/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 341831899 - SSP

Data local do exame: 11/05/2017 CRATEUS/CE

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**Paciente refere traumatismo na perna direita no dia 11/08/2016 com fratura do terço distal da perna submetido a tratamento cirúrgico no dia 18/08/2016 e realizou tratamento fisioterápico por pouco tempo.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**submetido a tratamento cirúrgico no dia 18/08/2016 e realizou tratamento fisioterápico por pouco tempo. evoluiu com edema em tornozelo direito e limitação leve da flexo extensão do tornozelo direito**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**deficit funcional leve do tornozelo direito**

IV. 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*

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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)

**TORNOZELO DIREITO**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -**

Local e data de realização do exame médico legal:

CE - CRATEUS, 11/05/2017

Médico Perito: JAMIL SANCHES JORQUERA CRM:6945/CE



Assinatura do perito Examinador - CRM



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCI

Distribuição Eletrônica de Recibo 145122

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Julio de Maria Lima SoaresPORTADOR(A) DO RG Nº 3418318-99 EXPEDIDO POR SP-CE EM 15/10/1999 ECPF 150341191-53 /CNPJ 00000000-0000-00. PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ NOVO (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Julio de Maria Lima Soares, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário de Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**MBA  
SEGURADORA**

**19 ABR 2017**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0747 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00002940-8

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Criciuma-CE , 17 de Maio de 2017

LOCAL E DATA

Julio de maria Lima Soares

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à Legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



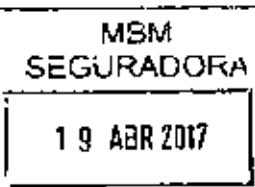
4392 6709 1017 3010

JULIO MARIA LIMA SOARES  
0747 001 00002940-8 04/17

VISA

ELECTRON

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil



DEVAT/RJ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 445 - 3998 / 2016

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **30/11/2016 13:36:52**,  
Data / Hora da Ocorrência: **11/08/2016 10:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA CONTADOR RAQIMUNDO, LUIZ**  
Complemento:  
Bairro: **CIDADE 2000** Município: **CRATEUS/CE**  
Ponto de Referência:

MBM  
SEGURA  
19 ABR 2017

DPVAI

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **JULIO DE MARIA LIMA SOARES**  
Nascimento: **25/08/1953** CPF: **150.341.191-53**  
RG: **341831899** Órgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **FILOMENA DE SOUSA LIMA**  
**PEDRO RODRIGUES SOARES**  
Endereço: **SITIO LOCALIDADE DE RIACHO DO MATO S/N**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: **63.700-000**  
Município: **CRATEUS/CE**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNA4801** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:  
**9C2KC2210GR028199** Renavam: **1079011703** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 TITAN EX** Ano  
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**  
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCA GEANE MELO SOARES**  
**MARQUES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:  
**ABALROAMENTO**

**Histórico**

Afirma a vítima que vinha na garupa da motocicleta Marca/Modelo:  
**HONDA/CG 160-TITAN EX**, Ano de Fabricação: **2016**  
Ano do Modelo: **2016**, Cor: **VERMELHA**, Placa: **PNA-4801**, RENAVAM:  
**1079011703**, Número Chassi: **9C2KC2210GR028199**, conduzida por **MARIA**  
**EDNA MELO SOARES**; QUE um carro invadiu a preferencial na BR-204 e o  
referido veículo colidiu com a motocicleta em que estava; QUE foi atendido  
pelo Corpo de Bombeiros e socorrido ao Hospital São Lucas; E NADA MAIS  
DISSE./////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

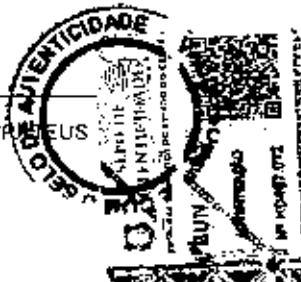
*DAVI ARAUJO DE SANTIAGO*  
DAVI ARAUJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*PAULO RENATO MOREIRA SALES DE ALMEIDA* - MAT.: 300564-1-8

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



CARTÓRIO CAVALCANTE  
Rua Cel. Lucio 559  
Cidade Industrial  
Crateus - CE  
CEP: 62800-000

Autorizo, para os efeitos devidos, a presente  
cópia reprográfica do documento que me foi  
apresentado em Cartório pela parte interessada  
pelo dia **16 DEZ 2018**  
En. Tel. **300639-1-0**  
Assinatura: *[Signature]*

Impresso em 30/11/2018 - Pág. 1 de 1  
CARTÓRIO CAVALCANTE  
Órgão Registrador de Imóveis  
Principais Escritórios de Búzios  
Pág. 1 de 1

BaP Silvana Bento Cavalcante - Oficial  
CI Fabiana Bento Cavalcante - Substituta  
CI Soraya Bento Cavalcante - Substituta  
Válido somente com selo de autenticidade

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Julio de Maria Lima Soares, portador da carteira de identidade nº 341831899 e inscrito no CPF/MF sob o nº 150.341.191-53, residente e domiciliado na Px Pracche do Mato, S/N, Cidade Crateús, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Julio de maria lima Soares

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Crateús-CE, 17 de Março de 2017

Local e data





# 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: 26/05/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JULIO DE MARIA LIMA SOARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00747

CONTA: 00000002940-8

---

Nr. da Autenticação 73544FB2A1B0C69C







**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**



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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 Julio Albernum Moraes, portador(a) do RG nº 2054 81491, expedido por SSP-CE, em 05 / 03 / 91, CPF/CNPJ nº 559.467.633-34, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Julio de Moraes Lima Soares do sinistro de DPVAT da natureza Invalido, da vítima Julio de Moraes Lima Soares, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ 1.500,00

Documentos comprobatórios: RG, CNH, OAB, Comp. rto residência e contracheque.

Julio Albernum Moraes  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

MBM	SEGURADORA
19 ABR 2017	
DPVAT/RJ	

Demonstrativo de Pagamento de Salário				MES/ANO 06 / 2015
EMPRESA 232 - DECOMERCE COBRANÇAS E SERVIÇOS LTDA EPP CNPJ: 13 389 722/0001-21 End: AV AILTON GOMES 1628		LOCAL Departamento Administrativo Juazeiro do Norte CEP: 63.020-000		
CARGO 83	NOSSO LUIZ ALBERTINA MOURA	CARGO ADVOGADO(A)	DATA ADMISSÃO 02/05/2012	
CÓD.	DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	PROVENTOS	DESCONTOS
001	Salário Base	30,00	1.500,00	135,00
302	INSS	9,00		
 <b>Luis Alberto Moura</b> <b>LUIZ ALBERTINA MOURA</b>				
SALÁRIO BASE 1.500,00	SALÁRIO CONTRATADO 1.500,00	FAIXA IRRF 0,00	TOTAL DE VENCIMENTOS 1.500,00	TOTAL DE DESCONTOS 135,00
BASE FÁCIL IRPF 1.500,00	FIRPF NO NÉO 120,00	FAIXA CALCULADA 1.500,00		VALOR LÍQUIDO 1.365,00
Data: _____		Assinatura _____		

MBM  
SEGURADORA  
19 ABR 2017

CPVAT/RJ



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, FRANCISCA GEANE MELLO SOARES MARQUES,

RG nº 33.049.95-98 data de expedição 13/07/98,

Órgão SSP, portador do CPF nº 953.365.973-72, com  
domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA VIRGÍNIA DE PINHO BORGES, nº 46,

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 JULIC DE MARIA L. SOARES cujo o condutor era MARIA EDNA MELLO SOARES.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 160 TITAN EX

Ano: 2016

Placa: FMA 4803

Chassi: 9G2KC2A106R028199

Data do Acidente: 11/09/2016

Local e Data: CRATEÚS/CE - 16.12.2016

+F. ca Geane Melo Soares Marques.

Assinatura do Declarante

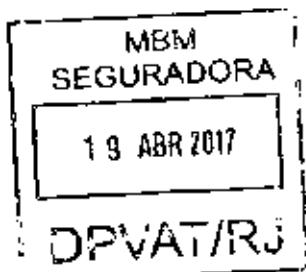
Marina Edna Mello Soares

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



CARTÓRIO CAVALCANTE Rua Coronel Lucio, 569 Centro Fone: 369-3994 CEP: 62.300-000 CRATEUS/CE/BR	Reportado(a) sua(s) firma(s) para assinatura <u>Francisca Geane Mello Soares Marques</u> Data nº CRATEUS
	16 DEZ. 2016
Em Testemunha: <u>Francisca Geane Marques</u>	
<input type="checkbox"/> Ber Silvânia Barreto Cavalcante <input type="checkbox"/> Junior Pimentel Ferreira <input type="checkbox"/> Soraya Barreto Cavalcante VALIDO SOMENTE COM RELO DE AUTENTICIDADE	

CARTÓRIO CAVALCANTE  
3º Ofício Registro de Imóveis  
Francisca Geane Soares da Mello  
Assinatura Autenticada





**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA  
REGISTRO DE SOCORRO**

2714



ESTAÇÃO: CREATENS DATA: 11/02/16 N° DA ASS.		HORA DA OCORRÊNCIA: 10:00	
NOME: TÚLIO MIGRA 21M/2 GOMES		CHEGADA AO LOCAL: 10:05	
IDADE: 03 SEXO: F ( ) M (X)		SAÍDA	
LOCAL DA OCORRÊNCIA: RUA CONTARTE DE MOURA, 616		CHEG	
BAIRRO: CIDADE: 7002-0		Vai como provavel	
TIPO DE OCORRÊNCIA:			
01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO		05. ( ) AFOGAMENTO	
02. ( ) AGRESSÃO		06. ( ) QUEIMADURA	
03. ( ) DESABAMENTO		07. ( ) CHOQUE ELÉTRICO	
04. ( ) INTOXICAÇÃO		08. ( ) QUEDA	
de chi decoração - CIA			
RAZÃO DO ATENDIMENTO: CONSAO ENTAO CARPO = 31			
DOENÇAS ANTERIORES:			
MEDICAMENTOS:			
ALERGIAS:			
COR		PELE	
CIANÓTICO ( ) PÁLIDO ( ) CONGESTO ( ) NORMAL (X)	QUENTE ( ) FRIA ( ) NORMAL (X)	SECA ( ) UMIDA ( ) NORMAL ( )	SUPERFICIAL ( ) DIFÍCIL ( ) NORMAL ( ) AUSENTE ( )
PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR	
FORTE ( ) FRACO ( ) REGULAR (X)	IRREGULAR ( ) AUSENTE ( )	NORMAL ( ) RETARDADO ( ) AUSENTE ( )	AUSENTE ( ) MÍNIMO ( ) MODERADO ( ) INTENSO ( )
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA	
ALERTA (X) RESPONDE A COMANDO ( ) RESPONDE A DOR ( ) SEM RESPOSTA ( )	NORMAL ( ) CONFUSA ( ) ININTELIGIVEL ( ) NENHUMA ( )	(X)	PUPILAS D ____ mm E ____ mm REAGENTE ( ) SEM REAÇÃO ( )
SEGURADORA		OPVAT/RJ	
SINAIS VITAIS: HORA: 19 ABR 2017			
P.A.: _____			
PULSO: _____			
FR: _____			
NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: FRATURA NA TÍBIA E FÍBULA DIREITA			
TEREP DISTAL DA Perna DIREITA			
OBSERVAÇÕES:			
 <p>Cartório de Registro de Imóveis Nayana Cavalcante 3º Ofício de Registro de Imóveis CARTÓRIO CAVALCANTE Av. Silvânia Bittencourt Cavalcante, Oficiala PRANCHÔNIA LONGA - Subsídio Centro - Rio de Janeiro - RJ - Brasil - 22040-000 CARTÓRIO CAVALCANTE PRANCHÔNIA LONGA - Subsídio Centro - Rio de Janeiro - RJ - Brasil - 22040-000 Baía Silvânia Bittencourt Cavalcante, Oficiala PRANCHÔNIA LONGA - Subsídio Centro - Rio de Janeiro - RJ - Brasil - 22040-000 CARTÓRIO CAVALCANTE PRANCHÔNIA LONGA - Subsídio Centro - Rio de Janeiro - RJ - Brasil - 22040-000 (X) COLAR CERVICAL (X) OUTRO</p>			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS:			
( ) ASPIRAÇÃO ( ) OXIGÉNIO ( ) ASSIST. VENTILATÓRIO ( ) RCP ( ) ASSIST. OBSTÉTRICA	(X) CURATIVOS (X) BANDAGENS (X) IMOBILIZAÇÕES DE MÉMBROS ( ) FÉRULA DE TRAÇÃO ( ) LÍQUIDO EV:		
CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:			
( ) MELHORADO ( ) PIORADO (X) INALTERADO	ÓBITO ( ) ANTES DO SOCORRO ( ) ANTES DO TRANSPORTE ( ) NO TRANSPORTE		
HOSPITAL DE DESTINO: HSL			
RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO NO HOSPITAL			
CONFERE COM O ORIGINA Crato - Ce - 07/02/2016 Davi Gomes Escrivão 20 mil reais em nome do Mércio SGT DIA SILVA SOCORRISTAS			

# PREScrição MÉDICA

MEM	SEGURO DORA
19 ABR 2017	OP. VAT/RC

Julio de Kairor Bima Soares MÉDICO:

PRONTUÁRIO: 33900108 DATA: 00/08/16

SOS

PREScriÇÃO

Hospital

APRAZAMENTO

LEITO:

7.1

SETOR: C.C.T.

EVOLUÇÃO

20/08/16 AS 07:50HS PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALEZA EM 1º P. O DE OSTESÍNTESE DE FRATURA DA TERZA 'E' L. CURATEIRO NO LOCAL. SEM ANGIAIS NO MOMENTO. SÉGUO AOS CGE PA: 120x80mmHg P: 78bpm R: 19bpm T 36°C SPO2 97%.

\* José Maria Paganini Machado  
AS 12:10hs PT recebe alta hospitalar com recepção e aviso de alta e atestado. Abraçada TCC

Dr. Adriano Seletta  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 16.761

PACIENTE	Município: CRATEús-CE					LEITO
TIPO DE CIRURGIA						
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	TEMPO DE SALA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAIS	HEMOGLÓBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	URÉA	URINA
AP. RESPIRATÓRIA	<i>Jm</i>					
AP. CIRCULATORIO	<i>Jy</i>					ASMA: <i>Nez</i> BRONQUITE: <i>Nez</i>
AP. DIGESTIVO	<i>Jn</i>					ECG
AP. URINARIO	<i>nh</i>					ALÉRGIA: <i>Nez</i>
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO						ESTADO MENTAL: <i>126</i>
ANESTESIAS ANTERIORES						RISCO: ATARÁXICOS
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA						CORTICOIDES
HORARIO	HORA					HIPOTENSORES OUTROS
<i>10:00</i>						INDUÇÃO
Agente Anestesia						SATISFAÇÃO EXCITAÇÃO
Auxílio						LARINCEOESPASMO LENTA
						TOSSE NÁUSEAS
						VÓMITOS OUTROS
						MANUTENÇÃO
						<i>① nez</i>
						<i>② B&amp;H</i>
						<i>③ uranha</i>
						<i>Anesthesia SATISFACTORIA</i>
						<i>Blasopexy</i>
						<i>etropopr in</i>
						DESPERTAR
						REFLEXOS NA SO
						OBSTRUÇÃO CO2
						EXCITAÇÃO NÁUSEAS
						VÓMITOS OUTROS
						PARA O LEROCAMIA MBM
						<b>SEGURADORA</b>
						( SIM ) ( NÃO )
						CONDICIONES: <i>19 ABR 2017</i>
						BALANÇO
						PERÍODO SANGUÍNEO APPROXIMA
						VOLUME SANGUÍNEO REPOSTO <i>1500 ml</i>
						TIPO CIRÚRGICO
						DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO
						DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA

CÓDIGO  
 V: P. Arterial, D: Pulsos, G: Respiração, O: Oxigenio  
 A: X: Anestesia

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: *12m*

POSIÇÃO: *WZ*

AGENTES: *WZ*

TÉCNICA: *WZ*

CIRURGIA: *allevioplastia da faringe*

CIRURGIOS: *Almeida e Neto*

ANESTESISTAS: *blany*

PACIENTE

Paciente: \_\_\_\_\_  
Prontuário: 023900  
Data da Int: 18/08/2016  
Convênio: SUS  
Município: CRATEUS-CE

LEITO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

CIRURGIÃO

Dr. Adriano

SACRÍCIO DE TIPO I

AUXILIARES

1º

2º

3º

4º

CRM

CRM

CRM

CRM

CRM

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Johanne

TIPO DE ANESTESIA

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

Deniza

CIRCULANTE

Terefumha

ACHADOS OPERATÓRIOS

- ① Abdome rxm.  
② Alergico a penicilina  
③ Cervical com 4cm  
④ Pox 2 horas  
⑤ Dorsal 1 metro  
⑥ T1-T6 4 cm de projeção  
⑦ Pox 7 cm  
⑧ Fissura 10 cm de projeção  
⑨ Pox 2 cm de projeção  
⑩ Cervical

Dr. ADRIANO  
Operação: SACRÍCIO DE TIPO I  
CRM: 023900

## DADOS DO PACIENTE

Prontuário Atendimento Nome do Paciente  
023900 0004 JULIO DE MARIA LIMA SOARES

Documento(s) Identidade: 341831899

Data de Nascimento Local  
25/08/1953 CRATEUS/CE

País PEDRO RODRIGUES SOARES

Endereço DISTRITO CURRAL VELHO, 2404

Profissão Empresa

Responsável JULIO DE MARIA LIMA SOARES

CPF do Responsável

Endereço

DISTRITO CURRAL VELHO, 2404

CNS 700807956805780 Guia de Autorização

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Idade 62 Ano(s)

UF CE Telefone 88 94688101

Mãe FILOMENA DE SOUSA LIMA  
CEP 63700-000 Município CRATEUS

Conjunto

Município CRATEUS

UF CE

## DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento Hora Convênio  
11/08/2016 10:19 SUS

Matrícula CID

Profissional do Atendimento FRANCISCO ELANILDO MARTINS

CRM/CF 6253/CE Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO

Indicador de Acidente

Funcionário THALYA EVELYN SILVA BEZERRA

Observação

Sala \_\_\_\_\_ Data/Hora Liberação \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ hs. Tipo de Saída  
( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) Altura (cm) T(°C) P (bpm) R (imp/m) PA (mmHg) 30X70 80° 99

## Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*fractura Mart D*

*Fractura tibia e fibula*

*Trauma motorizado*

*Rugos*

*quadri*

*Facial D*

*Plastia + Iol D*

*DPVAT/RJ 01/04/2017*

*3. Dígitos luxados D 66 10:30*

*4. Dentes ortopédia apl RX D*

*Assinatura Paciente/Responsável*

*Francisco Elanildo Martins - CRM: 6253*

*Assinatura Paciente/Responsável*

*Responsável: JULIO DE MARIA LIMA SO*

*CRM/CF 6253*

*DR. GILIAN MARCHI Menezes*

*CRM/CF 6253*

*DR. GILIAN MARCHI Menezes*

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

5 BSC

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

5 BSC

2 - CDES

ZU8410713

**Identificação do Paciente**

4 - NOME DO PACIENTE

Felipe da Maria Tárcia Soares

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

23400

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

28/08/1953

9 - SEXO

Masc.  Fem.  3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ODD

11 - TELEFONE DE CONTATO  
N.º DO TELEFONE

Endereço (RUA, N.º, BAIRRO)

Alameda Central Centro

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Graciosa

14 - CÓD. ISGE MUNICÍPIO

15 - UE  
CAG63700-000

16 - CEP

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transe perne em ferme  
Outra Re却a que caiu de cima  
foi vítima de acidente de trânsito

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de cay

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

Nenhum exame

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Transe perne D

5822

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Lapso

01601801601191

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

+

a

( ) CNS ( ) CPF

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/08/16

Vanildo Martins  
Medico

MBM

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

37 - N.º DO SEGURO

38 - SÉRIE

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGUROADORA

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CEP

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SEGURADORA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - CEP

46 - DOCUMENTO

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

47 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - SÉRIE

47 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

50 - SÉRIE

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - SÉRIE

49 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - SÉRIE

50 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

53 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

54 - SÉRIE

51 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

55 - SÉRIE

52 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

53 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

55 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

56 - SÉRIE

53 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

54 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

56 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

57 - SÉRIE

54 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

57 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

58 - SÉRIE

55 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

56 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

58 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

59 - SÉRIE

56 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

57 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

59 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

60 - SÉRIE

57 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

58 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

60 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

61 - SÉRIE

58 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

59 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

61 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

62 - SÉRIE

59 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

60 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

62 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

63 - SÉRIE

60 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

61 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

63 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

64 - SÉRIE

61 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

62 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

64 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

65 - SÉRIE

62 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

63 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

65 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

66 - SÉRIE

63 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

64 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

66 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

67 - SÉRIE

64 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

65 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

67 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

68 - SÉRIE

65 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

66 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

68 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

69 - SÉRIE

66 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

67 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

69 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

70 - SÉRIE

67 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

68 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

70 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

71 - SÉRIE

68 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

69 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

71 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

72 - SÉRIE

69 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

70 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

72 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

73 - SÉRIE

70 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

71 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

73 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

74 - SÉRIE

71 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

72 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

74 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

75 - SÉRIE

72 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

73 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

75 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

76 - SÉRIE

73 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

74 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

76 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

77 - SÉRIE

74 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

75 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

77 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

78 - SÉRIE

75 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

76 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

78 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

79 - SÉRIE

76 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

77 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

79 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

80 - SÉRIE

77 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

78 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

80 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

81 - SÉRIE

78 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

79 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

81 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

82 - SÉRIE

79 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

80 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

82 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

83 - SÉRIE

80 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

81 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

83 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

84 - SÉRIE

81 - N.º DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

82 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO CG CONSELHO)

84 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

85 - SÉRIE

## Carta de atendimento - CONSULTORIOS

Prontidão: 023900 Atendimento: 0008 Nome do Paciente: JULIO DE MARIA LIMA SOARES  
 Inscrição: 341531899 Nascimento: 05/08/1955 Local: CRATEUS/CE  
 PEDRO RODRIGUES SOARES Endereço: DISTRITO CURRAL VELHO, 2404 Cidade: SAO JOSE  
 UF: CE

## DADOS DO PACIENTE

CNS: 700807956805780  
 Estado Civil: Solteiro(a)

Guia de Autorização

Sexo: Masculino

Idade: 62 Ano(s)

UF: CE Telefone: 88 94688101

Responsável: FRANCISCA CFANE MELO SOARES

Mae: FILOMENA DE SOUSA LIMA  
 CEP: 63700-000 Município: CRATEUS  
 Conjugado:

Município: CRATEUS

UF: CE

Local Atendimento: Hora: 07:04 Convênio: SUS  
 CRM: 16761/CE Funcionário: PAMELA MARQUES SOUSA

## DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula:

CID:

CRM/UF:  
16761/CETipo Atendimento:  
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário:

PAMELA MARQUES SOUSA

Data/Hora Liberação: às hs. Tipo de Saída:  
 Atura (cm): 177 (Cm) P (ppm): Á (ppm): PA (mmHg):  
 ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito

Objetivo da Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Furto na Perna D*

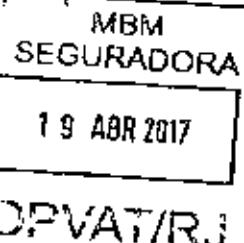
*RX da Perna D.*

*ECG*

*RX de Tórax*

*Jairinho Martins*  
MEDICO  
CRM 6253

AURINHO DOS SANTOS SCATENA - CRM: 16761



*Assinatura Paciente/Re.: assinante:  
Responsável: FRANCISCO SEANIR*

## FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME:

Julio de maria L. Soares

PRONTUÁRIO:

23900

POSTO:

D

LEITO:

A. b

DATA

*Painel Aletivo  
Cirurgia Crural*

*Adriano Martini  
MÉDICO  
CRM-CE 16.761*

19/08

*Procedimento cirúrgico feito no dia 10/08/2008*

*Dr. Adriano Scatena  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-CE 16.761  
CRM-CB 16.751*

20/08

*1773 IPSPI 2/2008*

*Dr. Adriano Scatena  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-CE 16.761*

MSM  
SEGURADORA

19 ABR 2017

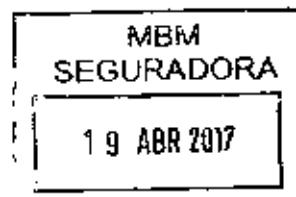
IPVAT/RJ

**FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA**

<b>DADOS DO PACIENTE</b>			
Nome JULIO DE MARIA LIMA SOARES	Local CRATEUS	Pais Nacionalidade Brasil	Prontuário/Atendimento 029900/0008
Nascimento 25/08/1953	Race/Cor Parda	Etnia	Idade 62 Ano(s)
Sexo Masculino	Estado Civil: Solteiro(a)	Religião	
Documento(s) Identidade: 341831898		CNS 70.0807.956.8057-80	
Endereço DISTRITO CURRAL VELHO	Nº 2404	Bairro SAO JOSE	Município CRATEUS-CE
Fone (88) 3468-8101	Profissão	Empresa	CEP 63700-000
Responsável JULIO DE MARIA LIMA SOARES		CPF do Responsável	Fone Empresarial
Endereço Responsável FREI VIDAL DA PENHA, 2404		Conjugado	Fone Responsável
Mãe FIDOMENA DE SOUSA LIMA		Paiz PEDRO RODRIGUES SOARES	
Data/Hora 18/08/2016 11:25	Quarto/Leito 007-0001	Apendente ENFERMARIA	Setor CLINICA CIRURGICA
Convênio SUS	Morfologia	Clinica CIRURGICA	Dias 0
Médico FRANCISCO ELANILDO MARTINS		Autorização	Guia CRM 6259
Cla Principal		CID Complementar	
Observação			
Usuário VIVIANE BARBOSA LIMA	Procedimento SUS		Sisprematel
Data Saída	Hora	Condicao da Saída	Usuário Saída

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



CPVAT/RJ

RATEUS, 18 de agosto de 2016.

Assinatura do paciente  
Data: 18/08/2016  
Nome: VIVIANE BARBOSA LIMA

Assinatura do responsável



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**150.341.191-53**

Nome

**JULIO DE MARIA LIMA SOARES**

Nascimento  
**26/08/1953**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

**CÓDIGO DE CONTROLE**

**1625.50BA.CSA5.9BF5**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Este comprovante é emitido pela

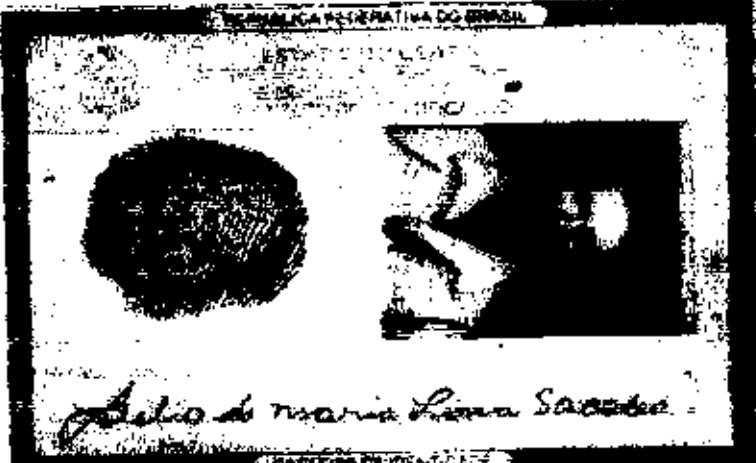
Secretaria da Receita Federal do Brasil.

às 10:46:09 do dia 22/11/2013 (hora e data de Brasília);  
código verificador: 00



Autenticação da Receita Federal

MBM	SEGURADORA
19 ABR 2017	
CPVAT/RJ	

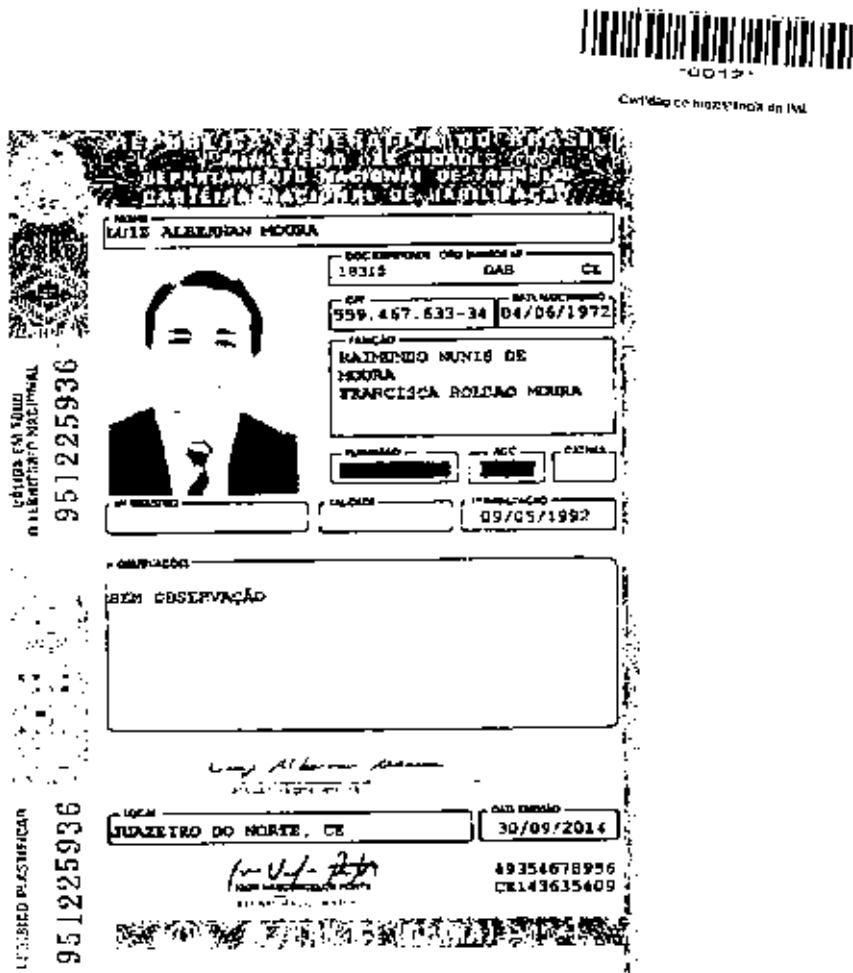


**JÚLIO DE MARIA LIMA SOARES**  
Pedro Rodrigues Soares  
Filomena de Sousa Lima

**MBM  
SEGURADORA**

19 ABR 2017

DPVAT/RJ



951.225936  
L13.1870 PERSIMMON

95 | 225936

MBM  
SEGURADORA  
19 ABR 2017  
DPVAT/RJ



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
**CONSELHO SECCIONAL DO CEARÁ**  
**TOUCANTINOS DE ADVOGADO**

1012 ALBERTA MOURA

16315  
 RAIMUNDO HUMES DE MOURA  
 FRANCISCA ROLDÃO MOURA  
 ALTO SANTO-CE  
 41  
 200501001 - SEPICE  
 NATUREZA DECLARADA  
 NÃO DECLARADO

<http://www.iit.edu/~jwong/teach/557/>

MBM  
SEGURADORA  
19 ABR 2017  
DPVAT/RJ

DPVAT/RJ

MBM  
SEGURADORA  
19 ABR 2017

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - CE		Nº 012410130110	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
CRDD	01 1079011	DATA	3000000000 2016
FRANCISCO JOSÉ CRATEUS MARQUES			
***** ***** ***** ***** *****			
CRATEUS			
9133669 7372 FNA4601			
9C29C2210GR026193			
PAS / MOTOCICLICO / NAO-HABITAC.		GASEOSA	
HONDA / CG 160 TITAN EX		2016 / 2016	
2P / 039 / 162CC		PARTIC. VERMELHA	
COTA ÚNICA		VERG. NOVA LINHA	
IPVA		FATIGAMENTO CUSTOS	
PREMIO TARIFARIO		VALOR DA COBERTURA	
AL. FID. AGÊNCIA DE CONCESSIONÁRIOS HONDA LTDA;		00.00 / 0000	
CRATEUS		24.09.2016	
MBM - TRANSPORTES E LOGISTICA			
DESPACHANTE: LUCAS DA SEGURADORA MBM DPVAT			
MOTOR: KC22E1002824000000001-04			
www.seguradoraideal.com.br			

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170218522      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIO DE MARIA LIMA SOARES      **Data do acidente:** 11/08/2016      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Paciente refere traumatismo na perna direita no dia 11/08/2016 com fratura do terço distal da perna submetido a tratamento cirúrgico no dia 18/08/2016 e realizou tratamento fisioterápico por pouco tempo.

**Descrição do exame médico pericial:** deficit funcional leve do tornozelo direito

**Resultados terapêuticos:** submetido a tratamento cirúrgico no dia 18/08/2016 e realizou tratamento fisioterápico por pouco tempo.evoluiu com edema em tornozelo direito e limitação leve da flexo extensão do tornozelo direito

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 11/05/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

**Médico examinador:** JAMIL SANCHES JORQUERA

**CRM do médico:** 6945

**UF do CRM do médico:** CE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



**ANSWER**

# X-FILES

**REMETENTE:**

CORDEIRO E FREITAS LTDA (ALBERNAN MOURA)

AV. AILTON GOMES DE ALENCAR, Nº 2431

1º ANDAR- SALA 101

## BAIRRO: JOSÉ GERALDO DA CRUZ

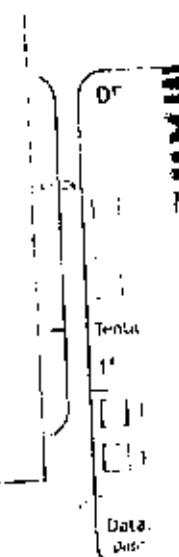
JUAZEIRO DO NORTE - CE



116600187



AMBIENTE



B 317

ORDEM: 5

DPE: 89505336 ESTAÇÃO:

Recebido por:  
Documento:

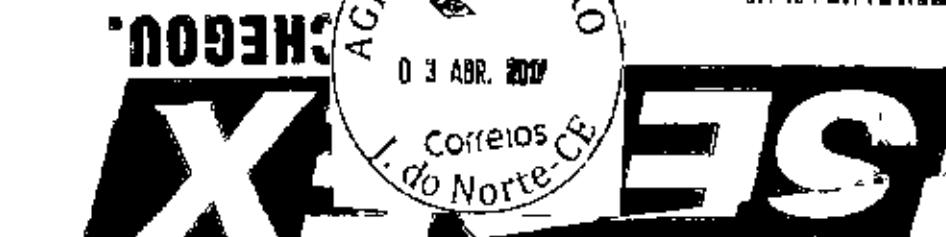


FECHADO  
CORREIOS  AR  
 RE  
PESO (kg)  
2,17  
DY 17067625 0 BR

SEDEX



ACE. SÃO PEDRO  
03 ABR. 2017  
Correios  
do Norte CE



DESTINATÁRIO:

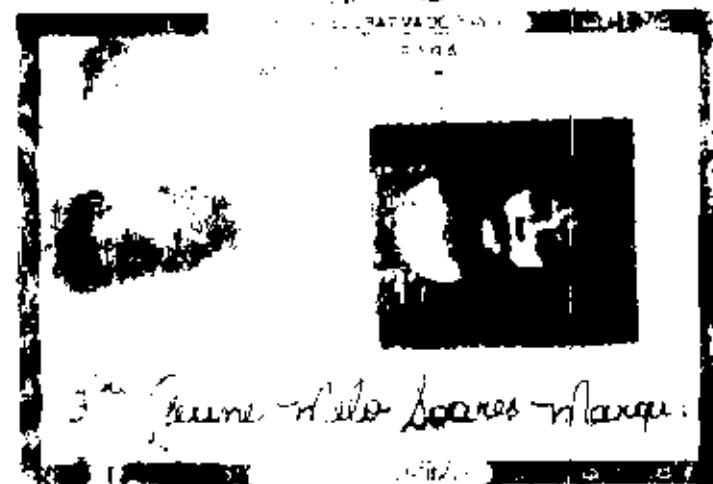
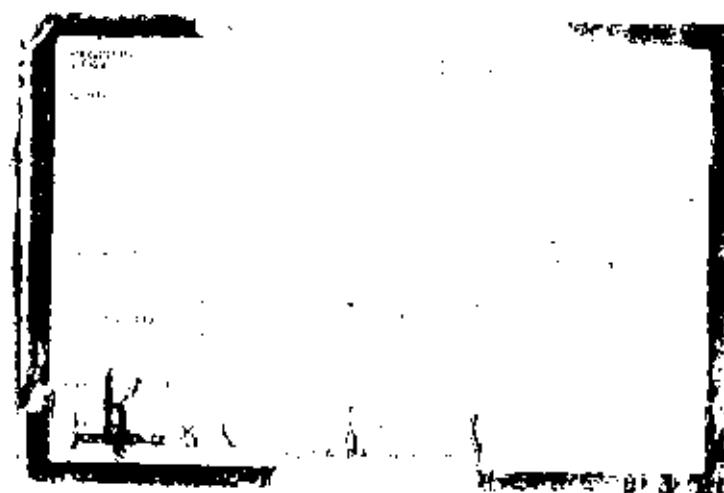
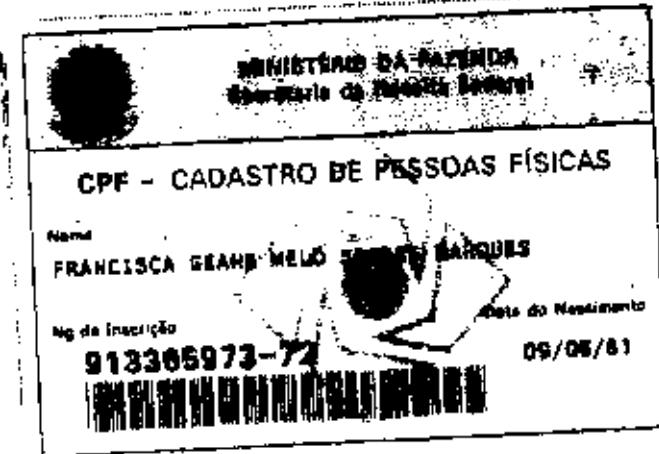
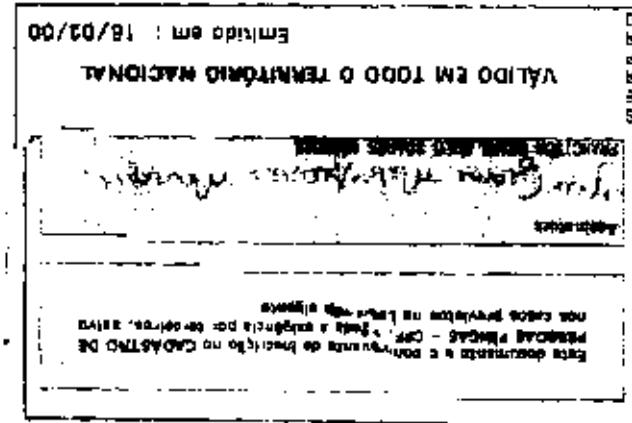
CPM - FILIAL RJ

AVENIDA FERNANDO ALVES N° 20

ENTRO - RIO DE JANEIRO/RJ

19 2003 001

0 00000 00000



Janeiro - Maio - Junho - Julho - Agosto - Setembro - Outubro - Novembro - Dezembro

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170218522      **Cidade:** Crateús      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JULIO DE MARIA LIMA SOARES      **Data do acidente:** 11/08/2016      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 10/05/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** Fratura de tíbia esquerda

**Resultados terapêuticos:** Não há como definir, predizer ou quantificar a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Encaminhado para Perícia Médica para melhor esclarecimento das sequelas definitivas que tenham persistido após o término do tratamento.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

## PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

**CRM do médico:** 52877859

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



CÓDIGO DE BARRAS

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: JULIO DE MARIA LIMA SOARES  
 Nacionidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
 Profissão: VIGIA  
 Identidade: 341.8318-99 CPP: 150.241.391-53  
 Endereço: PV BRACHO DO MATO, DISTRITO CORRAL-VELHO

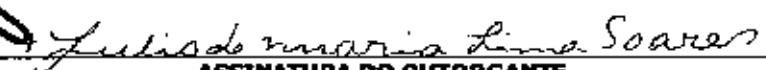
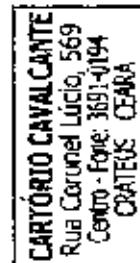
OUTORGADO:  
 Nome: LUIZ ALBERTO MOURA  
 Nacionidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
 Profissão: ADVOGADO  
 Identidade: 205.481491 CPP: 559.467.633-34  
 Endereço: RUA SANTA LUZIA, Nº 577, BAIRRO SÃO MIGUEL

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da



JULIO DE MARIA LIMA SOARES

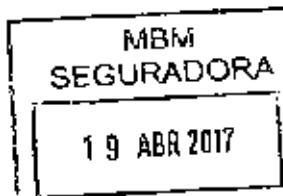
Local &amp; Data: CRATO/CE - 16.12.2016

  
**ASSINATURA DO OUTORGANTE**  
 (RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)


Responso(s) firmas(s) por autenticidade:  
 JULIO DE MARIA LIMA SOARES  
 Dou fé CRATO/CE 16 DEZ 2016  
 Em Teste de Veracidade  
 JSC

Berl Silvéria Batista Cavalcante  
 Junior Pimentel Ferreira  
 Soraya Barreto Cavalcante  
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO CAVALCANTE  
 3º Ofício Registro de Imóveis  
 Fazendário  
 Fazendário  
 Fazendário



DPVAT/R