

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERMISSON BRUNO LUNA BARROS**

Nº Sinistro: **3180437258**

Vitima: **ERMISSON BRUNO LUNA BARROS**

Data do Acidente: **12/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180437258**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13401027



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ERMISSON BRUNO LUNA BARROS**

Nº Sinistro: **3180437258**

Vítima: **ERMISSON BRUNO LUNA BARROS**

Data do Acidente: **12/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA**

Assunto: **REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180437258**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES 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" (Seguro-Estudo). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo Beneficiário de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

**RECEBEMOS**

19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nozre

CPF: 27.461.788-00

Número do Sinistro ou ASE

CPF da Vítima

051.714.723-96

Nome completo da vítima

ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

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

Nome completo ERMISSON BRUNO LUNA BARROS		CPF titular da conta 051.714.723-96	Profissão ASSISTENTE ADM.
Endereço SÍTIO RIBEIRETE CALDAS		Número 6954	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade BARBALHA	Estado CEARA	CEP 68180-000
Email			Telefone (DDD) (88) 9.924.6305

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3587		00017479	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.
(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.

BARBALHA-CE, 10 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Ermission Bruno Luna Barros

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Etc.  
CNPJ:21.487.736/0001-00



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 0072 / 2018

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora de Comunicação: 15/09/2018 08:17:39  
Data / Hora da Ocorrência: 12/04/2018 21:05:00  
Endereço da Ocorrência: AV CASTELO BRANCO  
Complemento:  
Bairro: Município: JUAZEIRO DO NORTE/CE  
Ponto de Referência: PROX LIGUE ESPINA FAULISTA

**Notificante(s)**

Nome: ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS  
Nascimento: 03/01/1997 CPF: 051.714.723-86  
CTPS: 3678907 Órgão Emissor: MTE  
Filiação: FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA  
EDMILSON JOSE DE BARROS  
Endereço: SÍTIO PIQUETE CALDAS, 554  
Bairro: DISTRITO CALDAS  
Município: BARBALHA/CE  
País: BRASIL

RECEBEMOS

19 SET 2018

UF: CE

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CENPJ: 21.487.736/0001-05

Telefone: (86) 99137-8446

**Dados (do(s) Veículo(s))**

1) Placa: PNV0931 UF: CE Município: BARBALHA Chassi: BCGH2313HGG14162 Renavam: 211212111 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/ FZER250 BLUEFLEX Ano Fabricação: 2016 Ano Modelo: 2017 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: VERMELHA Proprietário: ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

**Histórico**

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 259, 304, 339 e 340, todos do CP, notícia QUE POSSUI HABILITAÇÃO e na data, hora e local, acima informados, trafegava pilotando o veículo acima qualificado. Ocorre que, uma moto(BIS CONDUZIDA POR UMA MULHER, não lembrando mais detalhes), atravessou o canteiro central e a faixa de pedestre de forma repentina, e para não colidir com a moto o notificante tentou desviar e acabou caindo de sua moto; QUE em virtude do sinistro o notificante (que conduzia a moto) sofreu lesões, conforme ficha de atendimento anexa, sendo socorrido pelo SAMU para o HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, depois encaminhado para o HOSPITAL MATERIDADE SÃO VICENTE DE PAULO EM BARBALHA, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE não havia ninguém em sua garupa; QUE com relação ao veículo causador do acidente, o motorista evadiu-se do local e deixou o garupa no local aguardando o socorro, mas não foram identificadas; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB); QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém, a vítima dispensa a realização do exame do corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo. Fora identificada (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do

ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

Bossy

del-0346334118  
31804377258

D8

cdt  
mt



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 9373 / 2018

(a) declarante: ANEXA cópias: CMV DO CONDUTOR, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, CRLV DO VEÍCULO, CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIM DO DIA 12/04/2018, PRONT.159595; ATESTADO MÉDICO E FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO PACIENTE Nº19813 ATENDIMENTO 3279329; Nada mais disse.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

*Pessoa*

IVANILDA BARRETO PESSOA - MAT.: 30082412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Edmundo Bruno Lima Barros*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCELA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 305528-1-3

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-03

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

ERILISSON BRUNO LUNA BARROS

CPF da Vítima

051.714.723-86

Data do Acidente

12-04-2018

**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.

**RECEBEMOS**

19 SET 2018

Maria Cecinilde F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-08

BARBACENA, 10 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

ERILISSON BRUNO LUNA BARROS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



### CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o SAMU 192 CEARÁ presta atendimento ao Sr. ERMESON BRUNO LUNA BARROS, portador da cédula de identidade Nº 3670307 CTPS inscrito no CPF 051.714.723-86, no dia 12/04/2018, às 21h22, no município de Juazeiro do Norte/CE, na Av. Castelo Branco, no bairro Santa Tereza, vítima de colisão moto com moto, sendo encaminhado para o Hospital Regional do Cariri - HRC. E para constar eu, Maria das Graças Torres Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 18 de Junho de 2018

  
Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

  
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06



## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS  
Pront.: 159595 Data Nasc.: 03/01/1997 Idade: 21 ano(s) 3 mes(es) e 9 dia(s) Admissão: 12/04/2018 21:55  
Mãe: FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA  
Sexo: Masculino RG: Município: BARBAIHA  
CEP 63183-000 Bairro: ST PIEUQT Tel.: 88 98137-8440  
Endereço: ST CALDAS Num: SN

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador CICERA CRISTINA DE MORAIS Horário 12/04/2018 21:58  
Queixa: PACIENTE SOFREU ACIDENTE NO TRANSITO. REFERE DOR MIE E ESCORIAÇÕES MMSS  
Programa: TRAUMA MAIOR  
Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

### ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: DANIEL PEREIRA BARROS CRM: 6 Nº: 421810 Horário 12/04/2018 22:29  
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:  
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II  
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM  
ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS  
Comorbidade:  
HDA/Exame Físico:  
RELATO DE ACIDENTE COM MOTOXCARRO COM TRAUMA EM TORNOZELO ESQUERDO, RECLAMANDO DE DOR  
- NEGA TRAUMA NA CABEÇA, TÓRAX, ABDOME, RECLAMA SEMENTE DE DOR EM TONOZELO ESQ.  
AO EXAME: CONSCIENTE E ORIENTADO, PA: 140X100, FC: 88BPM, GLASGOW 15  
EDEMA E CREPTAÇÃO E TORNOZEL ESQUERDO

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
NOME 21.487.736/0001-00



	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORNOZELO E AP/P (0204060087)	12/04/2018 22:36	Sim	Pendente
RX PERNA E AP/P (0204060168)	12/04/2018 22:36	Sim	Pendente

### PRESCRIÇÃO

Médico: DANIEL PEREIRA BARROS CRM 13871 12/04/18 22:36

Prescrição	Horário:
------------	----------

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001                    AGÊNCIA: 1234                    CONTA: 12345

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	09/10/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:	318043725801
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE:    ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

BANCO:        104

AGÊNCIA:    03587

CONTA:        000000017470

---

Número da Autenticação

E5A8303B31BB2F5C



RECEBEMOS  
19 SET 2018  
Maria Geteide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.735/0001-05

2767309-0

Companhia Energética de Ceará  
Rua Pedro Venâncio, 150  
CEP 60225-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07047291/0001-20 | CGF 05.035.815-5

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-4 - Nº 532707693**

Nome: 28 13614 01 119700 - 5 Data de Emissão: 11/07/2018  
Nome: CÍCERO CARVALHO DOS SANTOS SILVA  
End. Postal: ST LAMBEOUR 01505  
CABECEIRAS - BARBALHA - 63180000  
Medidor: 13355791 Posto: 0000 0000  
Classif: 04-URB 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO  
RG/CPF/CNPJ: 020969642-33 CGF  
Nome do Responsável:

**DATA**

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previdido	Próximo Tabela
Jul/2018	11/07/2018	10/03/2018	

**INFORMAÇÕES SOBRE O FOMENTO**

Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência
10/03/2018	10/03/2018	10/03/2018	10/03/2018	10/03/2018	10/03/2018

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

2767309-0

**INFORMAÇÕES SOBRE O FOMENTO**

Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência	Valor de Referência
10/03/2018	10/03/2018	10/03/2018	10/03/2018	10/03/2018	10/03/2018

**DESCRIÇÃO**

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	45,26
MULTA MONITORIA REF 04/2018	1,07
JURAS DO MES	0,85
PLANO ODONTO SYSTEM - 3151-8888	62,16
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 5,73)	

10/08/2018

109,34

**TOTALIZAÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

Descrição	Valor
Consumo	45,26
Multa	1,07
Juras	0,85
Plano Odontológico	62,16
Adicional Bandeira Vermelha	5,73
<b>Total</b>	<b>109,34</b>

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

Mês	Consumo (kWh)
01/08/2018	149
02/08/2018	108
03/08/2018	152
04/08/2018	126
05/08/2018	151
06/08/2018	95
07/08/2018	149
08/08/2018	165
09/08/2018	148
10/08/2018	207
11/08/2018	144
12/08/2018	232
01/09/2018	139

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO2 (kg/m³)**

Consumo (kWh)	Emissão de CO2 (kg)
42,16	0,00

**COMPONENTES DE PREÇOS**

Componente	Valor (R\$)
Consumo	45,26
Multa	1,07
Juras	0,85
Plano Odontológico	62,16
Adicional Bandeira Vermelha	5,73
<b>Total</b>	<b>109,34</b>

[illegible]

Przedsiębiorstwo, w którym odbywa się szkolenie, posiada  
dotychczasowe kwalifikacje i jest w stanie zapewnić  
dotychczasowe kwalifikacje i jest w stanie zapewnić



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda. Além disso, a respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

<sup>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, CICERO DANIEL ROSSATO SILVA, inscrito (a) no CPF 010.96.9.643/33 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERMISSON BRUNO LUNA BARROS inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.74.723/86, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAZ da Vítima ERMISSON BRUNO LUNA BARROS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.74.723/86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: M. E. I. Renda: 2.793,14 e apresento os documentos comprobatórios:

RECIBO DE PAGAMENTO

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Sítio CAMBEADOR</u>		Número <u>1505</u>	Complemento
Bairro <u>ZONA RURAL</u>	Cidade <u>BARBALHA</u>	Estado <u>CEARA</u>	CEP <u>63180-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(88) 9102-1543</u>	Telefone celular (DDD) <u>(88) 9663-3619</u>

BARBALHA-CE, 10 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

Cicero Daniel dos Santos Silva  
Assinatura do Declarante

PREScrição

Médico: DANIEL PEREIRA BARROS

CRM

13871

12/04/18 22:36

Prescrição	Horário:
ALTA DA CIRURGIA GERAL	
AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA	
TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV	
CETOPROFENO 100MG + SF 0,9% 100ML EV	
DIPYRONA 1AMP + AD EV	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

☐ Alta, Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

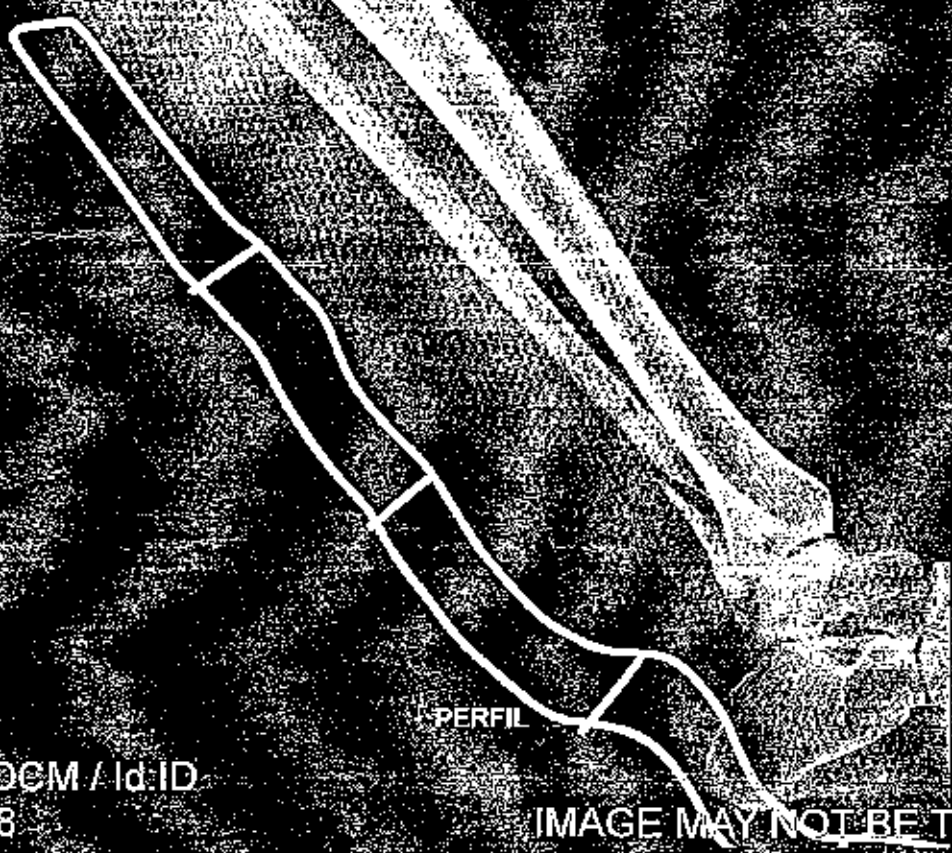




CREL TE  
EX:  
LATERAL  
Se: 2/2  
m: 1/1

TORNOZELO

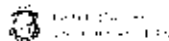
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ERMISSON BRUNO LUNA DE BARROS  
1997 Jan 03 M 159595  
Acc: EMG  
2018 Apr 12  
Acq Tm 21:59:00 281



Lin DCM / Lin DCM / Id ID  
W:4096 L:2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



### RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

Prontuário: 159595

USO ORAL

1 - CETOPROFENO 50MG ----- 1CX

01 COMPRIMIDO DE 8/8H - 07 DIAS

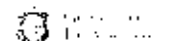
Dr. Marcelo Nogueira Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 18.743 - CRM-PE 23.779

Data: 13/04/2018

MARCELO NOGUEIRA LIMA

16743CRM

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



### RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

Prontuário: 159595

USO ORAL

1 - CETOPROFENO 50MG ----- 1CX

01 COMPRIMIDO DE 8/8H - 07 DIAS

Dr. Marcelo Nogueira Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 18.743 - CRM-PE 23.779

Data: 13/04/2018

MARCELO NOGUEIRA LIMA

16743CRM

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - FARMÁCIA

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Av. Cel João Coelho, 299 - Centro - Barbalha - CE

PACIENTE: ERMISSON BRUNO LUNA BARROS  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

USO ORAL

1-PACO \_\_\_\_\_ 03 CX

TOMAR 01 CP DE 12/12HR, SE DOR INTENSA

Dr. Waydson Basílio dos Santos  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - CE 9063

25 / 04 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Identidade: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Ass. Farmacêutico _____ Data _____

# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

2ª VIA - PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Av. Cel João Coelho, 299 - Centro - Barbalha - CE

PACIENTE: ERMISSON BRUNO LUNA BARROS  
ENDEREÇO: \_\_\_\_\_  
PRESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_

USO ORAL

1-PACO \_\_\_\_\_ 03 CX

TOMAR 01 CP DE 12/12HR, SE DOR INTENSA

Dr. Waydson Basílio dos Santos  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM - CE 9063

25 / 04 / 2018

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Identidade: _____	
Endereço: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	Ass. Farmacêutico _____ Data _____

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Geineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-10



## HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

### ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O PACIENTE ERMISSON BRUNO LUNA BARROS ESTEVE INTERNADO NESTA UNIDADE HOSPITALAR DO DIA 23 DE ABRIL DE 2018 AO DIA 25 DE ABRIL DE 2018, E FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, NECESSITANDO DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS/EDUCATIVAS POR 15 (QUINZE) DIAS A PARTIR DA DATA DE HOJE.

CID 10: S823

Dr. Wladson Bastos dos Santos  
Clínica de Ginecologia  
25/04/2018

BARBALHA, 25/04/2018.

RECEBEMOS

19 SET 2018

ASSINATURA DO MÉDICO

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros E.L.  
CNPJ: 21.487.736/0001-11

Atendimento: 3279329

Dt Atendimento: 23/04/2018 - 11:38

Dt Alta: 25/04/2018 - 09:14

Paciente: 10813 ERMISSEN BRUNO LUNA BARROS

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 327 APTO 10-2

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: KRESENDE

CID: S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

Procedimento de Alta 0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-L

Observação de Alta

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 12 DE ABRIL, COM ATENDIMENTO INICIAL NO REGIONAL QUE CONSTATOU FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO. PACIENTE FOI ENCAMINHADO PARA ESTE SERVIÇO PARA PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, REALIZOU EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS E AGUARDOU EM REPOUSO ATÉ A DATA MARCADA. NEGA COMORBIDADES, USO DE MEDICAMENTOS, ALERGIA, TABAGISMO, ETILISMO. HISTÓRIA PRÉVIA DE CIRURGIA PARA CORREÇÃO DE HÉRNIA UMBILICAL AOS 8 ANOS.

FOI SUBMETIDO NO DIA 23/04/2018 A OSTEOSÍNTESE DE MALÉOLO LATERAL DE TORNOZELO ESQUERDO CO USO DE PLACA E PARAFUSO INTERSEMENTÁRIO. NO MOMENTO DE ALTA ENCONTRAVA-SE NO 2ºDPO SEM QUEIXAS DOLOROSAS. ACEITANDO BEM A DIETA, NEGA NÁUSEAS E VÔMITOS. DIURESE ESPONTÂNEA PRESENTE. PRESENÇA DE EVACUAÇÕES INTESTINAIS. SONO PRESERVADO. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO: BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL

ACV: RCR EM 2T, BNF, S/SOPROS

AR: MV+, S/ RA

AAB: RHA +, S/ VCM, INDOLOR A PALPAÇÃO

EXT.: PRESENÇA DE TALA GESSADA EM TORNOZELO ESQUERDO, DRENO HEMOVÁCUO DRENANDO SECREÇÃO SANGUINOLENTA EM PEQUENA QUANTIDADE. EDEMA 1+/4+, SEM SINAIS DE CIANOSE.

CD: 1) ALTA MÉDICA

2) CEFALLEXINA 500MG DE 6/6 HRAS POR 07 DIAS

3) IBUPROFENO 600MG DE 12/12 HORAS POR 05 DIAS

4) AGENDAR RETORNO NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA.

Dr. Waydson Bastião dos Santos  
Ortopedia e Traumatologia  
25/04/2018

Dr.(a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002

30/05/18 (7hs)  
No envio mande

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-09

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR



23/04/2018  
Data de Emissão

# Ficha de Anamnese de Internação

10-2

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: JBAMV  
Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Nome: **ERMISSON BRUNO LUNA BARROS**

Paciente: 10813

Sexo: MASCULINO Data Nascimento: 03/01/1997 Idade: 21 Anos / 3 Meses / 20 Dias

Nome da Mãe: FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA

Nome do Pai: EDMILSON JOSE DE BARROS

Endereço: SÍTIO PIQUET

Bairro: DISTRITO CALDAS

CEP: 63180000

Cidade: BARBALHA

Telefone: 981378446

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Número: 0

Atendimento



3279329

## Dados do Atendimento

Data: 23/04/2018 Hora: 11:38:20 Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME: 10813

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade: BLOCO I

Leito: APTO 10-2

*Francineide F. Nobre*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

## RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

*fratura do fêmur (E)*

Antecedentes:

IS:

RECEBEMOS

19 SET 2018

Exame Físico:

*AD*  
Maria Geacineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-06

Hipótese Diagnóstica:

*fratura do fêmur (E)*

Diagnóstico Definitivo:

*O fêmur*

Alta em: 25/04/18

Condições de Alta:

*CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)*  
CRM C6002



**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**

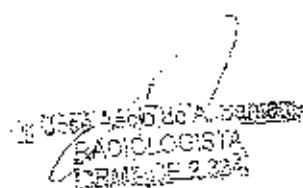
**Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3269970  
10813 - ERMISSON BRUNO LUNA BARROS  
Paciente.....  
Solicitante..... WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE  
Convênio..... SUS - AMBULATORIO  
Bloco..... SERVIÇO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido....: 821333  
Idade.....: 21a 3m 26d  
Atendido.: 13/04/2018  
Laudado..: 13/04/2018

**TORNOZELO ESQUERDO**

- Fratura longitudinal do maléolo fibular.

  
ERMISSON BRUNO LUNA BARROS  
RADIOLOGISTA  
CRM-RJ 22324

**RECEBEMOS**

**19 SET 2018**

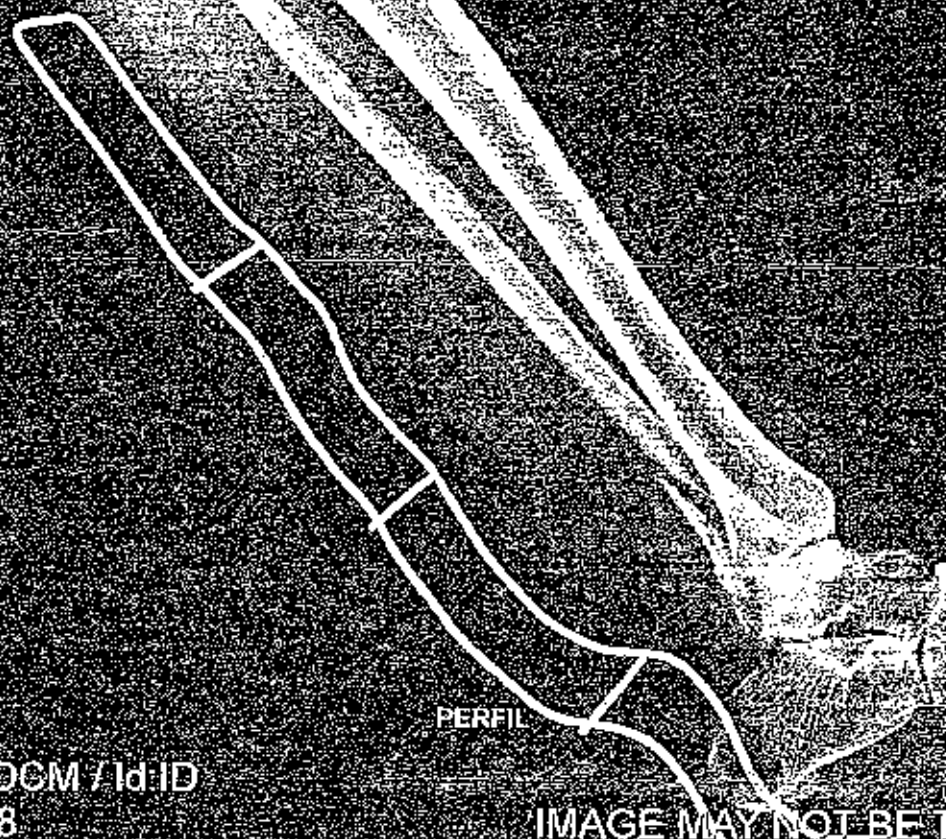
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06



CRELITE  
EX  
LATERAL  
Se: 2/2  
m: 1/1

FORNOZELO

HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
ERMISSON BRUNO LUNA DE BARROS  
1997 Jan 03 M 159595  
Acc: EMG  
2018 Apr 12  
Acq Tm: 21:59:00.281



DCM / Lin: DCM / Id: ID  
4096 L: 2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

ore  
rel  
06





HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão: 23/04/2018

## Ficha do Atendimento - INTERNACAO

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: DBAMV


Paciente: 10813 Idade: 21 Anos / 3 Meses / 20 Dias  
Nome do Paciente: ERMISSON BRUNO LUNA BARROS Data Nascimento: 03/01/1997  
Sexo: MASCULINO Estado Civil: SOLTEIRO Religião:  
Profissão: ESTUDANTE Naturalidade: BARBALHA  
Endereço: SÍTIO PIQUET Número: 0  
Bairro: DISTRITO CALDAS Cidade: BARBALHA  
CEP: 63180000 Telefone: 981378446  
Identidade: 3670307 CPF: 05171472386 CNS: 705203402800377  
Nome da Mãe: FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA  
Nome do Pai: EDMILSON JOSE DE BARROS  
Profissão Declarada: ESTUDANTE

## Dados do Responsável

Nome: FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA Parentesco: MAE Fone: 981378446  
Endereço: SÍTIO PIQUET Número: 0  
Cep: 63180000

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: LUNIOR

Número: 3279329		Data: 23/04/2018 Hora: 11:38:20
Origem: INTERNACAO	3279329	Tipo: INTERNACAO CIRURGICA ELET
Unidade de Internação: BLOCO I		Leito: APTO 10-2
Médico do Atendimento: 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)		
Conselho: CRM - C6002	Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG	CPF: 34631348372
Convênio: 1 SUS - INTERNACAO	Plano: PLANO UNICO	
Carteira:	Guia:	Dias Autorizados: Horas Autorizadas:
Acomodação: APARTAMENTO SIMPLES		
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA		
CID: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA		
Procedimento principal: 0408050497	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR	
Local de Procedência:		19 SET 2018

## Motivos

Dr. Cassio Murilo da Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - C6002  
CPF - 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM C6002

Maná Cecinaide F. Neto  
Corretora de Seguros E...  
CNPJ: 21.487.736/0001-1

Francisca Francineide L.  
Paciente/Responsável



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão 23/04/2018

## Ficha de Atendimento - INTERNACAO

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Paciente : 10813

Idade: 21 Anos / 3 Meses / 20 Dias

Nome do Paciente : ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

Data Nascimento : 03/01/1997

Sexo : MASCULINO

Estado Civil : SOLTEIRO

Religião :

Profissão : ESTUDANTE

Naturalidade : BARBALHA

Endereço : SITIO PIQUET

Número : 0

Bairro : DISTRITO CALDAS

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000

Telefone : 981378446

Identidade : 3670307

CPF : 05171472386

CNS: 705203402600377

Nome da Mãe : FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA

Nome do Pai : EDMILSON JOSE DE BARROS

Profissão Declarada : ESTUDANTE

## Dados do Responsável

Nome : FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA Parentesco : MAE

Fone : 981378446

Endereço : SITIO PIQUET

Número : 0

CEP : 63180000

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Número : 3279329



Data : 23/04/2018 Hora : 11:38:20

Origem : INTERNACAO

3279329

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação : BLOCO I

Leito : APTO 10-2

RECEBEMOS

Médico do Atendimento : 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

19 SET 2018

Conselho: CRM - C6002

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF : 34631348372

Convênio : 1 SUS - INTERNACAO

Plano : PLANO UNICO

Carteira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Acomodação : APARTAMENTO SIMPLES

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Etc  
CPF: 021.487.736/0001-1

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID : S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

Procedimento principal : 0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Local de Procedência :

## Motivos

Dr. Cassio Murilo da Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - C6002  
CPF - 34631348372CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM C6002Francisca Francineide L.  
Paciente/Responsável



23/04/2018  
Data de Emissão

# Ficha de Anamnese de Internação

10-2

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

## Dados do Paciente

Usuário do Cadaspro : DBAMV  
Usuário do Atendimento : LJUNIOR

Nome : **ERMISSON BRUNO LUNA BARROS**

Paciente : 10813

Atendimento

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 03/01/1997 Idade: 21 Anos / 3 Meses / 20 Dias

Nome da Mãe : FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA

Nome do Pai : EDMILSON JOSE DE BARROS

Endereço : SÍTIO PIQUET

Número : 0

Bairro : DISTRITO CALDAS

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000

Telefone : 981378446

Profissão Declarada : ESTUDANTE

10-2

## Dados do Atendimento

Data : 23/04/2018 Hora : 11:38:20 Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME : 10813

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade : BLOCO I

Leito : APTO 10-2

Francisco Francisco L.  
Assinatura do Paciente ou Responsável

## RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

trauma em torção (E)

Antecedentes:

IS.....

RECEBEMOS

19 SET 2018

Exame Físico..:

ad

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-16

Hipótese Diagnóstica:

trauma unilateral torção (E)

Diagnóstico Definitivo:

C. m. m.

Alta em: 25/04/13

Condições de Alta..:

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM C6002



**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**

**Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3269970  
10813 - ERMISSON BRUNO LUNA BARROS  
Paciente.....  
Solicitante..... WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE  
Convênio..... SUS - AMBULATORIO  
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 821333  
Idade.....: 21a 3m 26d

Atendido.: 13/04/2018  
Laudado..: 13/04/2018

**TORNOZELO ESQUERDO**

- Fratura longitudinal do maléolo fibular.

**RECEBEMOS**  
19 SET 2018

Maria Geckneide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.735/0001-05

JOSE AROLDI A. CARVALHO  
RADIOLOGISTA  
CRM 2224



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão 23/04/2018

## Ficha de Atendimento - INTERNACAO

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : DBAMV

Paciente : 10813

Idade: 21 Anos / 3 Meses / 20 Dias

Nome do Paciente : ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

Data Nascimento : 03/01/1997

Sexo : MASCULINO

Estado Civil : SOLTEIRO

Religião :

Profissão : ESTUDANTE

Naturalidade : BARBALHA

Endereço : SÍTIO PIQUET

Número : 0

Bairro : DISTRITO CALDAS

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000

Telefone : 981378446

Identidade : 3670307

CPF : 05171472386

CNS : 705203402800377

Nome da Mãe : FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA

Nome do Pai : EDMILSON JOSE DE BARROS

Profissão Declarada : ESTUDANTE

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

## Dados do Responsável

Nome : FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA Parentesco : MAE

Fone : 981378446

Endereço : SÍTIO PIQUET

Número : 0

Cidade : Barbalha

CEP : 63180000

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento : LJUNIOR

Número : 3279329



Data : 23/04/2018 Hora : 11:38:20

Origem : INTERNACAO

3279329

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação : BLOCO I

Leito : APTO 10-2

Médico do Atendimento : 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM -CB002

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF : 34631348372

Convênio : SUS - INTERNACAO

Plano : PLANO UNICO

Carteira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Acomodação : APARTAMENTO SIMPLES

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID : S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

Procedimento principal : 0408050497

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Local de Procedência :

## Motivos

Dr. Cassio Muriilo da Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: CB002  
CPF: 34631348372CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM CB002Francisca Francineide L.  
Paciente/Responsável

**ATESTADO MÉDICO**

**H.M.S.V.P**

Funcionário (a) Emerson Bruno L. Rocha

O (A) funcionário (a) foi atendido (a) às \_\_\_\_\_ horas

☐ Acompanhando familiar. Não podendo desenvolver suas atividades normais  
Por \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dia (s).

☐ Para coleta de material para exame de laboratório  
Resultado dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas

☐ Para exame radiológico.  
Resultado dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ às \_\_\_\_ horas

☐ Podendo retornar ao trabalho

☐ Devendo permanecer em repouso hoje

☒ Devendo permanecer em repouso 40 dias (dever)

Contando a partir desta data. (limite máximo: 15 dias neste item)

☐ Devendo voltar para consulta em tratado cirúrgico

CID: S82.3

DATA 10/05/11

**RECEBEMOS**

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Erel.  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Assinatura do Médico  
(Nome-Carimbo-CRM)

**NOTA IMPORTANTE: SEMPRE QUE FOREM DETERMINADOS PELA  
MÉDICO MAIS DE 03 (TRÊS) DIAS, O FUNCIONÁRIO (A) DEVE  
COMUNICAR-SE IMEDIATAMENTE COM O DEPARTAMENTO MÉDICO OU  
COM O DEPARTAMENTO PESSOAL DA EMPRESA.**

**HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO  
AV. CEL JOÃO COELHO, 299 CENTRO, BARBALHA, CEARÁ, BRASIL.  
(88)3532-7100**





# Laudo para solicitação de autorização de internação

M312790023560

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2 - CNES	2584211
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	4 - CNES	2584211

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		6 - Nº Promitório	
RMISSON BRUNO LUNA BARROS		10813	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor
05203402800377	03/01/1997	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	02 - Preta
Nome da Mãe		10.1 - Filiação	
FRANCISCA FRANCINEIDE L CUNHA		0000 - Não Se Aplica	
3 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato	
FRANCISCA FRANCINEIDE L CUNHA		8899806119	
5 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)		14 - Telefone de Contato	
SÍTIO PIQUETE, 0 - DISTRITO CALDAS			
5 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
BARBALHA	230190	CE	63100000

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
ACIDENTE ADIMTIDO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO, VITÍMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC)

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Geceide F. Nobre  
Corretora de Seguros Etc.  
CNPJ: 21.487.736/0001

1 - Condições que justificam a internação  
TO CIRÚRGICO

2 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas  
DA - RX

3 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

24 - CID 10 Principal

S823

25 - CID 10 Secundário

V99

26 - CID 10 Causas Associadas

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado  
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMAIOLEAR / TRIMAIOLEAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO

28 - Código do Procedimento  
0408050497

29 - Especialidade

CIRÚRGICO

30 - Grau de Atendimento

1

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

128368744690001

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

CASSIO MURILO DA SILVA

34 - Data da Solicitação

19/04/2018

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

6002

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) Acidente de Trabalho

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bônus

41 - Sane

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ Empresa

43 - CNAE Empresa

44 - CBOE

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajetado

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

## AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

M230190101

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

( ) CNS ( ) CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)

Código do Laudo: 3276745





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

2 - CNES

2564211

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

4 - CNES

2564211

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Francisco Bruno Bunes Bunes

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Placa 1/3 - tub 3,5 mm - OG F

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

Panqueça central 3,5

35 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Aumento em tamanho necessitando de acompanhamento  
fe.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

( ) CNS ( ) CPF

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD. ORGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

( ) CNS ( ) CPF

L.P.

221

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 93522 Sala : 0004 SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)  
Paciente : 10513 ERMISSEN BRUNO LUNA BARROS Atendimento : 3279329  
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :  
Leito : 327 APTD 10-2 Idade : 21 Anos 27 Dias 8 Horas  
Dt. Inicio : 23/04/2018 17:20 Dt. Fim : 23/04/2018 18:25  
Cid Pré-Operatório : S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA  
Cid Pós-Operatório :

### Procedimentos

Procedimento: 0408050197 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNZELO (PRINCIPAL)  
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO  
Anestesia: 05 RAQUIANESTESIA

### Equipe Médica

CIRURGIO C6002 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
ANESTESISTA C9238 FRANCISCO DAS CHACAS LUNA DANTAS (HMSVP)

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

-PC EM DECUBITO DORSAL  
-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA  
-APOSEIÇÃO DE CAMPOS  
-ABORDAGEM LATERAL  
-DISSECÇÃO POR PLANOS  
-ABORDAGEM DA FRATURA  
-REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO TRANSINDESMOIDAL  
-FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 TUBULAR DE 3.5MM  
-DRILHO 3.2  
-SÍNTESE POR PLANOS  
-CURATIVO

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

Dr. Cassio Murilo da Silva  
Especialista em Traumatologia  
CRM 4492  
CPT 3203 347372

ORIENT: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM: 66002

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eirel  
CNPJ:21.487.736/0001-10



**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo**

**Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3279329  
10813 - ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

Pedido....: 823489  
Idade.....: 21a 3m 28d

Paciente.....:  
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA  
Convênio.....: SUS - INTERNACAO  
Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

Atendido.: 23/04/2018  
Laudado...: 23/04/2018

### **TORNOZELO ESQUERDO**

- Fratura consolidada no terço distal da fíbula, tendo sido realizado osteossíntese com placa parafusada.

**RECEBEMOS**  
19 SET 2018

Maria Cecineide F. Nobre,  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Dr. José Azeiteiro de Santana  
RADIOLÓGISTA  
CRM RJ 2.434



*Hospital Maternidade São Vicente de Paulo*  
*Evolução do Enfermeiro*

24/04/2018  
17:03:50  
CMMACEDO

Paciente: 00010813ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

Atendimento: 03279329

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 10-2

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT  
CIRURGICA

*Evolução do Enfermeiro*

**Evolução Diurna 24/04/18**

Cliente no 1º DPO de correção de fratura de tornozelo esquerdo. Evolui consciente, orientado, eupnéico, afebril e normotenso. Possui AVP. Segue com tala gessada em MIE com dreno hemovac. Dieta via oral com boa aceitação. Pele livre de LP. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem

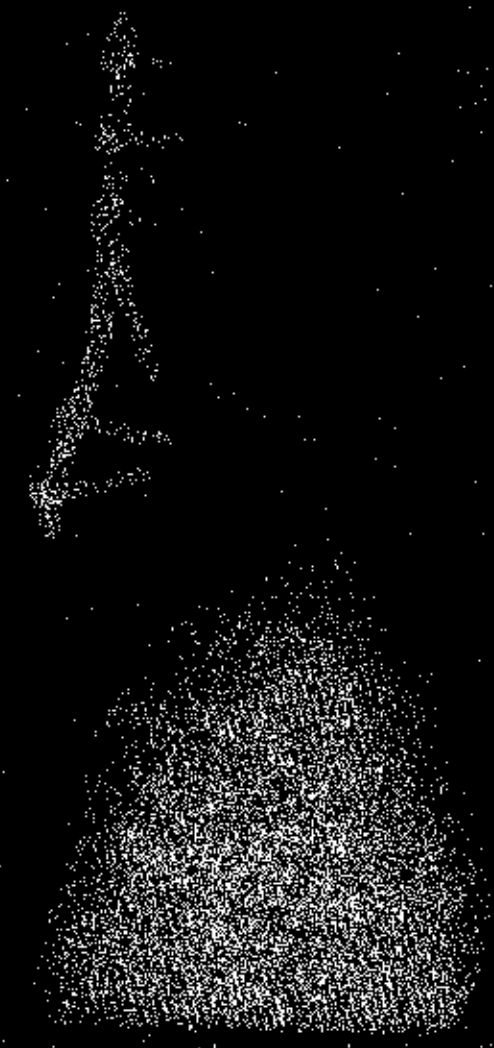
**RECEBEMOS**

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

*Clara Meline de Sá Barreto G Macedo*

CLARA MELINE DE SÁ BARRETO G MACEDO  
COREN - 257963



LATERAL

AP

101



101

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Emilson Bruno Lima Borm

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (SE PRECIZO PREENCHER)

DATA DO ACIDENTE: 12/04/2018

TESTES RESULTANTES DO ACIDENTE:

1 litro de fôlego @ foto de cintura  
al. peso e pressão

SEQUELAS QUE A VÍTIMA APRESENTA ATUALMENTE EM VIRTUDE DO ACIDENTE:

Edema residual + dor dos ombros

RECEBEMOS

DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA: 30/09/18

Maria Geacinde F. Nogueira  
Corretora de Seguros Eral  
CPF: 21.487.736/0001-00

25 SET 2018

INSTITUTO DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE TRANSPORTES  
MORADA - 5002

Assessoria e Controle do Médico

Boleto U\$ 20/09 de 18



**HOSPITAL MATERNIDADE  
SÃO VICENTE DE PAULO**  
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Emilia Bino  
Nº doc. Lino Bino

*Rebitorne*  
**RECEBEMOS**  
29 OUT 2018  
Alta Cordeiro F. Nobre  
Coordenador de Segurança  
Epidemiologia

Receita médica  
Ondas de tratamento (sic). To-  
tamente corrigidas por fratura  
do tornozelo (E). Tratado (E)  
plano e profundo. Tem 1/2 de  
tratamento e relato como  
aquele do trauma diminuir  
do peso no membro operado (E)  
limitada função e atividades  
que exigem esforço físico

Dr. (a) Dr. Cassio Munilo da Silva 11/10/18  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 6002

Volando a consulta traga esta receita

50.474



**RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**

**NOME COMPLETO DA VÍTIMA:** Emisson Bruno Lira Born

**DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE PRÓPRIO FUNDO)**

**DATA DO ACIDENTE:** 12, 04, 2018

**LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:**

1) lesão m. tornozelo e fratura cingular  
do pé e peroneo

**SEQUELA(S) QUE A VÍTIMA APRESENTA ATUALMENTE EM VIRTUDE DO ACIDENTE:**

Edema residual + dor de estirar

**DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA:** 20, 07, 18

Barbella LT

20, 07 de 18

Dr. Cassio Monte da Silva  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 15.509

**Assinatura e Carimbo do Médico**

**RECEBEMOS**  
29 jul 2018

Maria Espinosa F. Andrade  
Coordenadora de Serviços  
CRM 121.457.2002-2

SOMOS

CRELITE

Ex

AP

Se: 1/2

m: 1/1

TORNOZELO

RECEBEM  
19.04.2018  
CNPJ 12.187.854-00  
F. N. 12.187.854-00

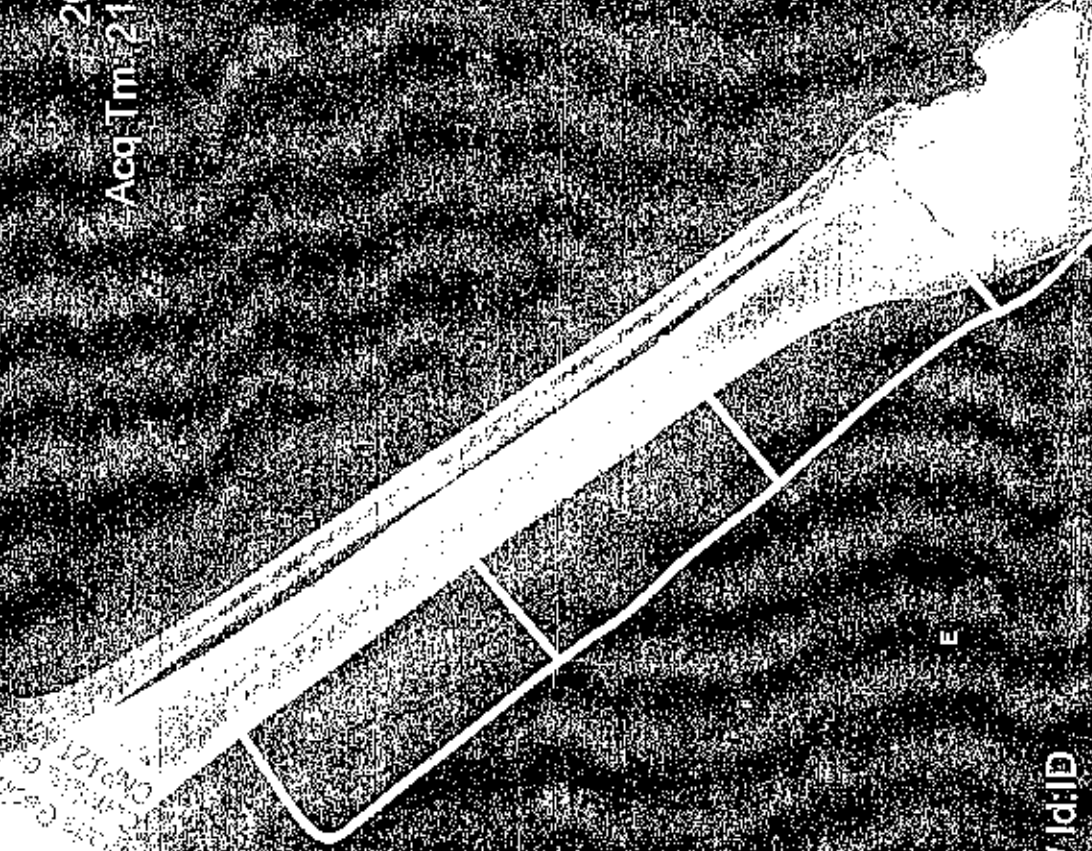
HOSPITAL REGIONAL DO CARIÍ  
ERMISSÃO BRUNO LUNA DE BARROS

1997-Jan 03 M 159595

Acc: EMG

2018 Apr 12

Acq Tm: 21:57:31.750



Lin: DCM / Lin: DCM / Id: ID

W: 4096 L: 2048

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE

18/12/2018  
F. N. 12.187.854-00  
CNPJ 12.187.854-00

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-06

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

*Ermiisson Bruno Luna Barros*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008543280 - 0 DATA DE EMISSÃO 02/07/2013

NOME  
ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

FILIAÇÃO  
EDMILSON JOSÉ DE BARROS

FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA

NATURALIDADE BARBALHA - CE DATA DE NASCIMENTO 03/01/1997

DDC. CARGO

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 29.194 FOLHA: 155

LIVRO: A-69 BARBALHA - CE

CPF 051.714.723-86

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/80

P.: 99

INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA  
 DEPARTAMENTO DE AERONÁUTICA  
 DEPARTAMENTO DE AERONÁUTICA  
 DEPARTAMENTO DE AERONÁUTICA

NOME: CIGERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
 DOCUMENTO / IDENTIFICAÇÃO: 2301016014110 ZEE CE  
 CH: 010.969.643-93 DATA DE NASCIMENTO: 28/07/1984  
 RAÇA: DOMINGOS ANDRE DA SILVA  
 CIGERA MARIA DOS SANTOS SILVA  
 FORMAÇÃO: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ J ☐ K ☐ L ☐ M ☐ N ☐ O ☐ P ☐ Q ☐ R ☐ S ☐ T ☐ U ☐ V ☐ W ☐ X ☐ Y ☐ Z  
 Nº de Registro: 0185272057 Válido: 23/10/2014 Vigência: 11/02/2010  
 OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO  
 Assinatura do Responsável: *[Assinatura]*  
 Local: JUAZEIRO DO NORTE, CE Data: 23/10/2014  
 Assinatura: *[Assinatura]* 30016488266 02144330608  
 INSTITUTO NACIONAL DE METEOROLOGIA

RECEBEMOS  
 19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
 Corretora de Seguros Eireli  
 CNPJ: 21.487.736/0001-06

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 01096964333  
CNPJ: 21.445.032/0001-70

Recibo de Pagamento de Salário  
JUNHO/2018

Código Nome da Função Cto Emp. Local Depto. Setor Setor Pl.  
025 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA 2521-05 - ADMINISTRADOR

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Deductions
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRFF S.SALARIO	7,5%		54,83

Total de Vencimentos 3200,00  
Total da Dedução 406,83

Valor Líquido 2.793,17

Salário Base	Sal. Contrib. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS de 15%	Base Calc. IRPF	Falco INSS
3200,00	3200,00			2848,00	02

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.487.736/0001-17

RECEBEMOS  
19 SET 2018

RECIBO DE PAGAMENTO DE SALARIO JUNHO/2018

Cicero Daniel dos Santos Silva  
Chefe de Departamento

Assinatura

**Solicitação de agendamento de perícia médica**

A seguradora LÍDER

Eu, Ermisson Bruno Luna Barros, brasileiro, agricultor, solteiro, portador do RG sob o nº 20085432800, SSP/CE e CPF sob o nº 051.714.723-86, residente e domiciliado no ST piquete caldas, Barbalha-Ce. Declaro para os devidos fins de direito junto a seguradora LÍDER, que sofri um acidente de trânsito no dia 12, abril de 2018, fui socorrido pelo SAMU para o Hospital Regional Do Cariri-HRC e depois fui encaminhado para o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo-HMSVP na cidade de Barbalha-CE. Realizados exames e constatado em decorrência do acidente de trânsito fraturas no tornozelo esquerdo. Após a realização do procedimento cirúrgico para correção da citada lesão, mesmo com o tratamento médico adequado as lesões estão visíveis e me prejudicando com fortes dores e limitações físicas. Tudo referente ao meu tratamento encontra-se expresso no prontuário dos referidos hospitais e com provas na documentação médica hospitalar e estou enviando novo relatório médico o qual comprova as minhas lesões e limitação. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, por vez teve início ao procedimento de sinistro 3180437258, foi avaliado e realizado um pagamento no qual não condiz com as minhas lesões e limitações. Motivo pelo qual, solicito uma perícia médica para melhor avaliação com um profissional de V. Sª. Estou disponível a qualquer dia e horário. Caso não seja realizada a perícia, entrarei com reclamação junto a SUSEP e irei pleitear ao judiciário.

Ermisson Bruno Luna Barros

CPF: 051.714.723-86,

RECEBEMOS  
23 OUT 2018

Maria Goretti F. Malta  
FUNDADAORA - SUSEP  
CPF: 051.497.780-01

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437258 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERMISSON BRUNO LUNA BARROS **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 06/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALORAÇÃO MANTIDA.

## 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

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

**CRM:** 5252099-1

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

Karla Souza

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437258 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437258 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 04/10/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONÇA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180437258 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS **Data do acidente:** 12/04/2018 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 06/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. VALORAÇÃO MANTIDA.

## 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

RECEBEMOS

PROCURAÇÃO

19 SET 2018

Outorgante:

Maria Cecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CPF nº 012.143.736/0001-78

ERMISSON BRUNO LUNA BARROS, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão TI/ASSISTENTE ADMINISTRATIVO, residente e domiciliado à Sitio PIQUETE CALDAS, N° S/N, Bairro CALDAS, Município de BARBALHA, Estado de (o) CEARÁ CEP 63180000, portador (a) do RG nº 20085432800, SSP/CE e CPF nº 051.714.723-86.

Outorgado:

Cicero Daniel dos Santos Silva, brasileiro, solteiro, Micro Empreendedor Individual ( M.E.I ), residente e domiciliar no ST Lambedor, nº 1505, zona rural, município de Barbalha-CE, CEP 63180-000, portador do RG nº 2001016014110 SSP/CE e CPF 010.969.643-33.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) ERMISSON BRUNO LUNA BARROS, ocorrido em 12/04/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito (a) procurado (a), representar o (a) outorgante como se o (a) próprio (a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.**

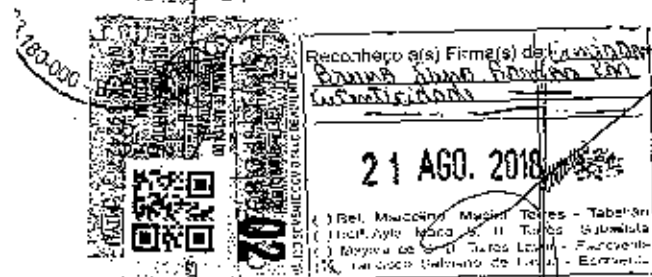
Barbalha-CE 27 de agosto de 2018

Ermisson Bruno Luna Barros

Outorgante

CPF Nº 051.714.723-86

**OBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira.**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344334/18

**Número do Sinistro:** 3180437258

**Vítima:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

**CPF:** 051.714.723-86

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 12/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

**ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS : 051.714.723-86**

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/09/2018  
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
CPF: 010.969.643-33

\_\_\_\_\_  
CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

\_\_\_\_\_  
MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344334/18

**Vítima:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

**CPF:** 051.714.723-86

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 12/04/2018

**Titular do CPF:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA : 010.969.643-33

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS : 051.714.723-86

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/09/2018  
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 890.278.843-15

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344334/18

**Número do Sinistro:** 3180437258

**Vítima:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

**CPF:** 051.714.723-86

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

**Data do acidente:** 12/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ERMISSEON BRUNO LUNA BARROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018  
Nome: CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA  
CPF: 010.969.643-33

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE  
CPF: 782.049.173-68

MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE