

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**

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),**

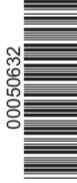
Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180437258**.

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

**RECEBEMOS**

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nogueira

CONTRATANTE Seguro DPVAT

CPF: 214.100.100-00

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

051.714.123-86

ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
ERMISSON BRUNO LUNA BARROS	051.714.123-86	ASSISTENTE ADM.
Endereço	Número	Complemento
SITIO PIQUETE CALDAS	6954	
Bairro	Estado	CEP
ZONA RURAL	GOIAS	68180-000
Email	Telefone (DDD)	
	(88) 9 9236-8323	

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**

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

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

BRADESCO (237)  BANCO DO BRASIL (001)  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **3581** DV **0** CONTA NRO. **0001344912** DV **2**  
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_  
 AGENCIA NRO. DV CONTA NRO. DV  
 (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.

**Baixalha-CE, 10 de SETEMBRO de 2018**

Local e Data

**Ermissom Bruno Lunes Barros**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros E/S  
CNPJ:21.487.736/0001-30



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE MARATAÍS DO NORDE**

A circular stamp with the word 'Registred' at the top and 'Postage Paid' at the bottom, with a central postmark.

BOLETIM DE OCCORRENCIA N° 488 - 03/01/2013

## Übersicht der Geographie

**Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 **Data / Hora de Comunicação: 15/08/2013 08:17:38**  
**Date / Hora da Ocorrência: 12/04/2013 21:05:00**  
**Endereço da Ocorrência: AV CASARTE PRARIO**  
**Complemento:**  
**Bairro:** Município: JUAZ  
**Ponto de Referência: PROX LIGUE ESENHA PAULIST**

Digitized by srujanika@gmail.com

RECEBEMOS

Nome: EDMILSON BRUNO LIMA BARROS  
Nascimento: 03/01/1997 CPF: 051.714.723-86  
CTPS: 3570907 Órgão Emissor: MTE  
Filiação: FRANCISCA FRANCIMERIDE LIMA DA CUNHA  
EDMILSON JOSE DE BARROS  
Endereço: SITIO PIQUETE CALDAS, 954  
Bairro: DISTRITO CALDAS  
Município: BARBALHA/CE  
Pais: BRASIL  
RECEBENTES  
19 SET 2018 UN: CE  
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ: 21.487.736/0001-09  
Telefone: (88) 99732-8446

19 SET 2018 UF1 00  
MISA  
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 12.148.736/0001-95

www.elsevier.com/locate/ijarcs

1) Placa: PNV6981 UF: CE Município: BARBALHA Chassi:  
SC042610190014162 Renavam: 1111111118 Tipo de Veículo:  
MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA FZ16R 160 SUPER FLEX Ano  
Fabricação: 2016 Ano Modelo: 2017 Combustível: GASOLINA/ALCOOL  
Cor: VERMELHA Proprietário: FRANCISCON BRUNO LUNA BARROS  
Situação: NÃO INFORMADO Endereço: ENTRADA VIDA

222-550000

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 259, 304, 339 e 340, todos do CTB, noticia QUE POSSUI HABILITAÇÃO e no dia, 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 noticiante tentou desviar e acabou caindo do seu motor; QUE em virtude do sinistro o noticiante(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 MATERNIDADE 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 gerupetro 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 intenção em ser submetida ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa o GUIA de exame do corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar este Delegado para solicitação. Para identificação (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do

Enmission Bruno form Banz.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 428 - 0373 / 2018

(a) deferente: ANEXA cópias: CNH DO CONDUTOR, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, CRLV DO VÉHICULO, CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI DO DIA 12/04/2018 PRONT. 159595; ATESTADO MÉDICO E FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO PACIENTE N°10813 (ATENDIMENTO 3279329); Negar mérito desse. //W//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Bessy  
MANEIRA BARRETO PESSOA - MAT.: 333083412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Edmísser Bruno Lima Bentes

VISTO DO DELEGADO(A):  
Juliano Marques de Almeida Lima - MAT.: 366528-1-8

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Gecineide 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

EVELISSE BORGES LIMA BARROS

CPF da Vítima

051.414.723-86

Data do Acidente

12-04-2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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.

**RECEBEMOS**

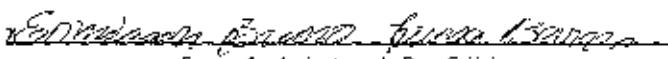
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

19 SET 2018

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

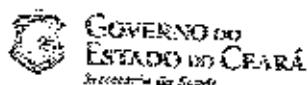
Barbalha, 10 de SETEMBRO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

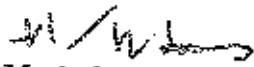


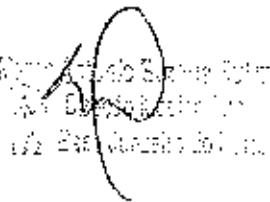
## CERTIDÃO NARRATIVA

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 prestou atendimento ao Sr. ERMESSON 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 de Ceará - HRC. E para constar eu,

Maria das Graças Torres Ana Cristina Medeiros Silva, 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

  
Ana Cristina Medeiros Silva  
Assessora Técnica  
1/2 2018

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-05



**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:** ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 03587

**CONTA:** 000000017470

---

---

**Número da Autenticação**

E5A8303B31BB2F5C



RECEBEMOS

19 SET 2018

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

RECEBEMOS  
19 SET 2018

RECEIVED  
19 SET 2011

Rec'd  
19 SET 20

19 SET 2012  
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

19/08/2018 18:11 109.34

TOMADA DE VERSÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (65% por t/mês)	
Brasil	100	149	149
Argentina	100	108	108
Alto Uruguai	100	112	112
Paraná (sul do Brasil)	100	126	126
Mato Grosso	100	101	101
Brasil	100	95	95
Argentina	100	119	119
Alto Uruguai	100	123	123
Paraná (sul do Brasil)	100	133	133
Mato Grosso	100	138	138

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO <sub>2</sub> (kg/kWh)		
Compreesa suas emissões desse consumo de energia elétrica	Emisão kg (CO <sub>2</sub> )	Compreendendo CO <sub>2</sub>
	42,16	0,00

**RECEBEMOS**  
19 SET 2018

RECEIVED  
19 SEP 2018

1951

19 SET 2011  
Maria Gehrlein F. Nobre  
Corretora de Seguros Eteii  
CNPJ 12.148.735/0001-06

2767309-0		Avenida Presidente Dutra, 510/5 Bairro: Centro, CEP: 60130-102 DF, Brasil	
Ponta de Encerado, 28600-000, Rio de Janeiro, RJ, Brasil		CNPJ: 07.047.251/0001-50 CEP: 08.025-8153	
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO S1   SÉRIE B-4   N° 522707693		enel	
Rua: 28 13614-00 119700-05		Data da Emissão: 11/07/2016	
Nome: LECERD SAMIRI DOS SANTOS SELVA			
End. Postal: ST LAMBEDOR 01505			
CEP/CEIRAS - BARBALHA - 63180000			
Medidor: 13125791		Posto: 0000 0000	
Classif: 04-PITAL 18-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO			
RG / CPF / CNPJ: 010969643-33		CNPJ:	
Nome do Responsável:			
CATÁLOGO		INÍCIO DE QUALIDADE DO POMEIRAMENTO	
Mês de Referência:	Este mês	Previsto:	Referência ao mês
	Setembro	Folheto Cultura	Setembro
Jul/2016	11/2016	10/2016	09/2016
ICMS		Referência individual	
Base do Bônus ICMS	Alíquota	Valor do Imposto	Mesasq. Tér. Anist. Mesasq. Tér. Anist.
16%			
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL		DIQ	
279.500,00 (279.500,00)		FIC	
INSCRIÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO		DÁNC	
Data: 00/00/0000 - 00/00/0000 - 00/00/0000		Tér. Fornecido: 00/00/0000 - 00/00/0000 - 00/00/0000	
VALOR BRUTO DO MÊS		VALOR NETO	
MULTA MORAÇÔIA REF: 04/2016		45,26	
JUROS DO MÊS		1,07	
PLANO ONTOLOGY SYSTEM - 3131-8833		0,85	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS		62,16	
VALOR BRUTO DO MÊS		VALOR NETO	
MULTA MORAÇÔIA REF: 04/2016		45,26	
JUROS DO MÊS		1,07	
PLANO ONTOLOGY SYSTEM - 3131-8833		0,85	
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MÊS		62,16	

10/08/2018 109,344

CONSUMO CONSCIENTE: NÍVEL DE CO <sub>2</sub> (kg/ano)		
Compromisso assumido com o meio ambiente		
Emitido kg CO <sub>2</sub>	Comprometido kg CO <sub>2</sub>	Conversão Ecólogica (kg CO <sub>2</sub> )
42,16	0,00	0,00



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistra, 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 <sup>2</sup> da pessoa, bem da respectiva documentação comprobatória.

**RECEBEMOS**

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** (Lei nº 9.613/98).

**Maria Cecília F. Nobre**

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, 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 Cícero Daniel dos Santos Silva inscrito (a) no CPF 010.963.643-33 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário EMÍSSO (BPM) LIMA BARBOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.747.318-86 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima EMÍSSO (BPM) LIMA BARBOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.747.318-86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M. E. I Renda: 2.793,17 e apresento os documentos comprobatórios:

RECEBIDO DE PAGAMENTO

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>514/0 LAMBEZOR</u>		<u>1505</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>ZONA RURAL</u>	<u>BARBALHA</u>	<u>CEARÁ</u>	<u>63180-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(88)9102-1543</u>	<u>(88)9663-3619</u>	

BARBALHA-CE, 10 de SETEMBRO de 2018  
Local e Data

Cícero 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 <i>23</i>	
CETOPROFENO 100MG + SF 0,9% 100ML EV <i>22</i>	
DIPIRONA 1AMP + AD EV <i>24</i>	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

Alta, Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

RECEBEMOS

19 SET 2018

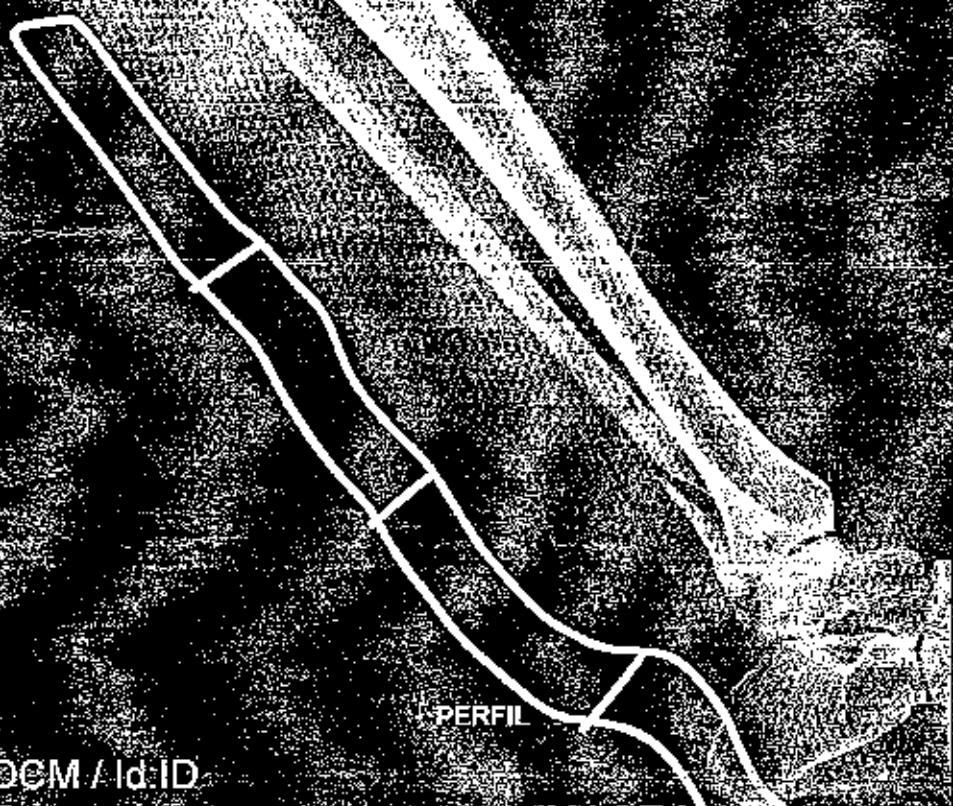
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06



CRELITE  
Ex:  
LATERAL  
Set 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

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ERMISSON BRUNO LIMA BARROS

Pronfúrio: 159595

USO ORAL

1 - CETOPROFENO 50MG ————— 1CX

01 COMPRIMIDO DE 8/8H - 07 DIAS

Dr. Marcelo Nogueira Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 06474/CRM-PE 23.773

Data: 13/04/2018

MARCELO NOGUEIRA LIMA

16743CRM

## RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ERMISSON BRUNO LIMA BARROS

Pronfúrio: 159595

USO ORAL

1 - CETOPROFENO 50MG ————— 1CX

01 COMPRIMIDO DE 8/8H - 07 DIAS

Dr. Marcelo Nogueira Lima  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 06474/CRM-PE 23.773

Data: 13/04/2018

MARCELO NOGUEIRA LIMA

16743CRM

RECEBEMOS  
19 SET 2018

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

## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### 1<sup>ª</sup> 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. Waydeon Bastião dos Santos  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM: 25 / 04 / 2018

RECEBEMOS

19 SET 2018

#### 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

Maria Gecinelle F. Nobre  
Cartera de Seguros Erei  
CNPJ:21.487.736/0001-04

Dr. Waydeon Bastião dos Santos  
Ortopedista - Traumatologista  
CRM: 25 / 04 / 2018

25 / 04 / 2018

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Endereço:

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Identidade:

Endereço:

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



## 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

J. Maydson Bezerra dos Santos  
Cirurgião Geral/Clínico Geral  
CRM: 10243

BARBALHA, 25/04/2018.

RECEBEMOS

19 SFT 2018

---

ASSINATURA DO MÉDICO

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros E.I.  
CNPJ:21.487.736/0001-11

Atendimento: 3279329

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

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

Paciente: 10813 ERMISSON 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-I

Observação de Alta

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 12 DE ABRIL, COM ATENDIMENTO INICIAL NO REGIONAL QUE CONSTATOU FRATURA DE TORNOCÉLIO 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, EТИSMO. 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 TORNOCÉLIO 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, INDOLAR A PALPAÇÃO

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

CD: 1) ALTA MÉDICA

2) CEFALEXINA 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 Basílio dos Santos  
CRM: 100026  
CRM: 100026  
CRM: 100026

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

CRM: C6002

RECEBEMOS

19 SET 2018

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

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



23/04/2018

Data de Emissão

## Ficha de Anamnese de Internação

10.2

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro:  
Usuário do Atendimento:OBAMV  
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: SITIO PIQUET

## Atendimento



Bairro: DISTRITO CALDAS

Cidade: BARBALHA

CEP: 63180000

Telefone: 981378446

## Dados do Atendimento

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Número: 0

Data: 23/04/2018 Hora: 11:36:20

Convenio: SUS - INTERNACAO

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME: 10813

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade: BLOCO I

Leito: APTO 10-2

*Anamnese Francineide L.*  
Assinatura do Paciente ou Responsável

## RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

*ifoxo am fiose (S)*

Antecedentes:

I.S. ....:

## RECEBEMOS

19 SET 2018

Exame Físico..:

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

Hipótese Diagnóstica:

*(N) imoleto toras (S)*

Diagnóstico Definitivo:

*O m*

Alta em: 25/04/18

Condições de Alta..:

CASSIO MURILLO 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

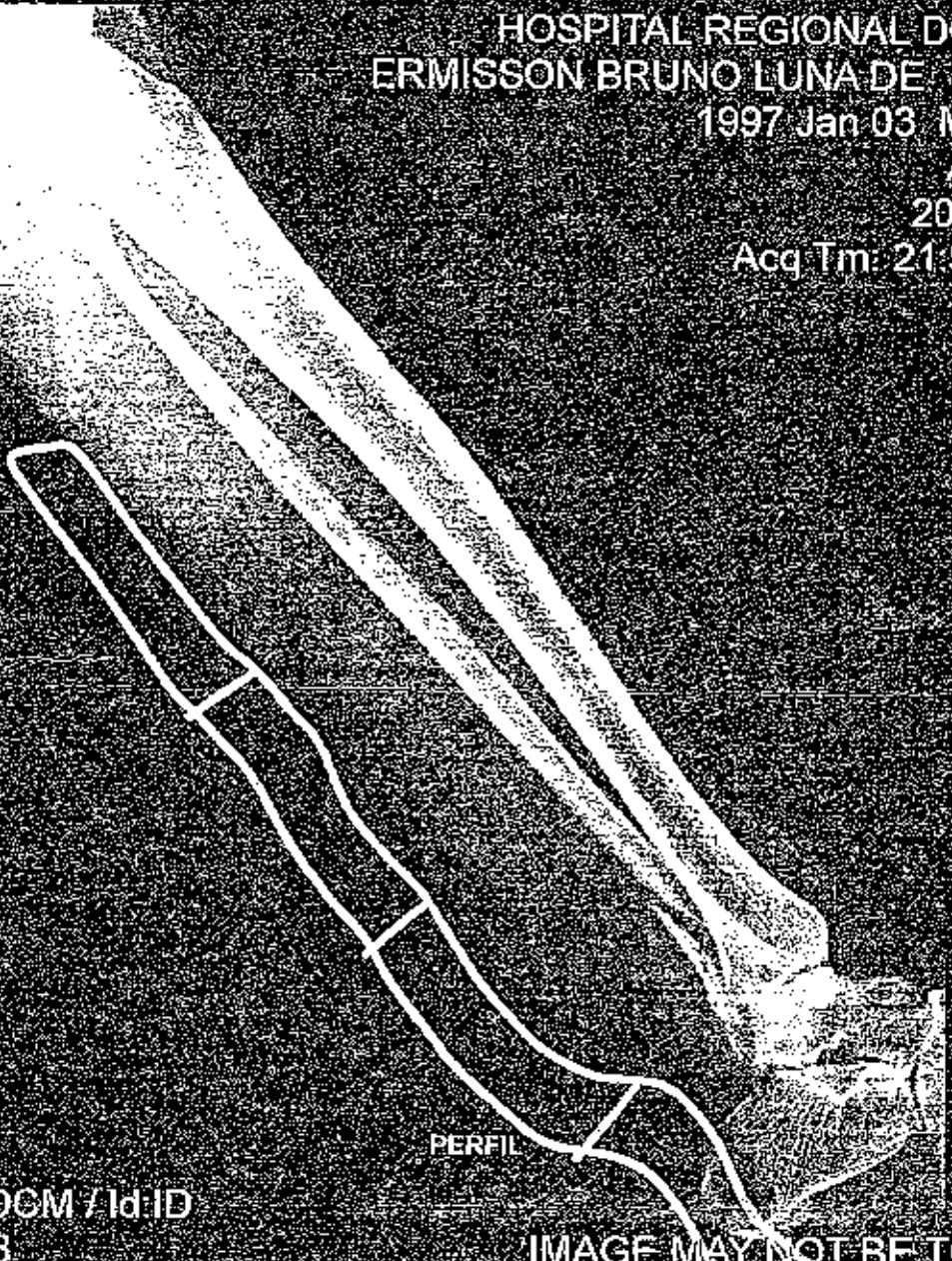
19 SET 2018

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

2018-09-19 10:22:26  
RADIOLÓGISTA  
CRANIO 2.224

CRELITE  
EX  
LATERAL  
Se 2/2  
m-1/1  
ORNOZELO

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



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

PERFIL

IMAGE MAY NOT BE TO SCALE



## 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: SITIO PIQUET Número:  
Bairro: DISTRITO CALDAS Cidade: BARBALHA  
CEP: 63180000 Telefone: 981378446  
Identidade: 3670307 CPF: 06171472386 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: SITIO PIQUET Número:  
CPF: 63180000 CEP:

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Número: 3279329 Data: 23/04/2018 Hora: 11:38:20  
Origem: INTERNACAO 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 RECEBEMOS  
CID: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA  
Procedimento principal: 0408050497 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMATERIAL/TRIMATERIAL  
Local de Procedência: 19 SET 2018

Motivos: Dr. Cassio Muriel da Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: C6002  
CPF: 34631348372

Mano Cecília F. Neto  
Corretora de Seguros E.  
CNPJ:21.487.736/0001-1

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM C6002

Francisca Francineide L.  
Paciente/Responsável



## Ficha de 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: SITIO 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: 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 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 Maria Gecineide F. Nobre  
Carteira: Guia: Dias Autorizados: Corretora de Seguros: EFC  
Acomodação: APARTAMENTO SIMPLES Hora: 09/04/2018 17:38:00001

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  
Muriel da Silva  
CRM - C6002  
CPF - 34631348372

Francineide F. Nobre  
Paciente/Responsável

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM C6002



23/04/2018

Data de Emissão

## Ficha de Anamnese de Internação

10-2

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

## Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : DBAMV  
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 : SITIO PIQUET

Atendimento

Bairro : DISTRITO CALDAS

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000

Telefone : 981378446

## Dados do Atendimento

Profissão Declarada : ESTUDANTE

Número : 0

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 Francineide L.  
Assinatura do Paciente ou Responsável

## RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

Início em 10/04/18

Antecedentes:

I.S.:

## RECEBEMOS

19 SET 2018

Exame Físico.:

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

Hipótese Diagnóstica:

Ind urinoligado tumor

Diagnóstico Definitivo:

C MAM

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  
Paciente.....: 10813 - ERMISSON BRUNO LUNA BARROS  
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 Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

2018-09-19 10:00:00  
2018-09-19 10:00:00  
2018-09-19 10:00:00



## Ficha de 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 : SITIO PIQUET

Número : 0

Bairro : DISTRITO CALDAS

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000

Telefone : 981378446

Identidade : 3670307

CPF : 05171472306

CNS: 705203402800377

Nome da Mãe : FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA

RECEBEMOS

Nome do Pai : EDMILSON JOSE DE BARROS

19 SET 2018

Profissão Declarada : ESTUDANTE

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 : SITIO PIQUET

Número : 0

CRM : 11111111

CEP : 63180000

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento : LJUNIOR

Número : 3279329

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



Origem : INTERNACAO

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação : BLOCO I

Leito : APTO 10-2

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

Conselho: CRM -C8002 Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG CPF : 34631348372

Convenio : 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 TIBIA

Procedimento principal : 0408050497

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR

Local de Procedência :

## Motivos

Dr. Cassio Muriel da Silva  
CRM: C8002  
Especialidade: Ortopedia e Traumatologia  
CPF: 34631348372  
CRM: 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)  
CRM C8002

Francisca Francineide L.

Paciente/Responsável

ATESTADO MÉDICO  
H.M.S.V.P

Funcionário (a)

*Eduardo Braga L. Braga*

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 *90 dias* *(90 dias)*

RECEBEMOS

19 SET 2018

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

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

[ ] Devendo voltar para consulta em *trinta dias* *(30 dias)*

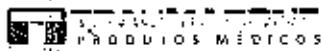
CID: *S32.5*

DATA *10/05/18*

  
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



## MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Hospital: H = M = S = V = P =

Procedimento: FRAT. TORNOZELO

卷之三

Paciente: ERMESSON BRUNO LUNA BAKRUS - AI = 327352

Data da Cirurgia: 13/09/98 Nº Prontuário: 10815 Convênio: SUS

Cirurgião: Dr. MURILLO Código: 1234567890 (X) Reposição ( ) Caixa Pronta

## DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

## ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

						Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical ( 3,5 ) mm	Nº	22	14	18	22		
	Qtde	01	02	02	02		
	Cód						
Parafuso Cortical ( ____ ) mm	Nº						
	Qtde						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 4,0mm	Nº						
	Qtde						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 6,5mm R/; 16 CURTA	Nº						19 SET 2018
	Qtde						
	Cód						
Parafuso Esponjoso 6,5mm R/; 32 LONGA	Nº						
	Qtde						
	Cód						
Parafuso Molar 4,5mm	Nº						
	Qtde						
	Cód						

**Obs: O Preenchimento do prontuário é obrigatório.**

**PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE**

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pragamento: \_\_\_\_\_

Patrular NF para: \_\_\_\_\_

Código do Consultor: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

Código do Instrumentador: \_\_\_\_\_

Nº do Pedido: \_\_\_\_\_

TRAUMABONE COMÉRCIO LTDA

Rua Dorn Carloto Távora, 570 Sala 06 • Montese • CEP 60421-090 • Fortaleza • CE  
CNPJ 04.042.418/0001-12 • Fone: (85) 3225.9520 • Fax: (85) 3292.8627



## Laudo para solicitação de autorização de internação

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MATER SÃO VICENTE DE PAULO	2 - CNES	2554211
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MATER SÃO VICENTE DE PAULO	4 - CNES	2554211

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - Nome do Paciente	2 - N° do Paciente		
RMISON BRUNO LUNA BARROS	10813		
3 - Cpf do SUS	4 - Data de Nascimento	5 - Sexo	6 - Raza Cor
09203402000377	03/01/1987	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
7 - Nome da Mae	8 - Município	9 - Rua/Log	10 - CEP
FRANCISCA FRANCINEIDE L CUNHA	BARBALHA	230190	CE
11 - Nome do Profissional	12 - Telefone de Contato	13 - Telefone de Contato	14 - Telefone de Contato
FRANCISCA FRANCINEIDE L CUNHA	8899806119		
15 - Endereço (Pru, N°, Bairro)	16 - IBGE	17 - UF	18 - CEP
RUA PIQUETE, 0 - DISTRITO CALDAS	230190	CE	63100000

### LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

0 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos  
ACIDENTE ADULTO PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA EM TORNOZELÓ E TÍBERE, VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC)

RECEBEMOS

19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Etc  
CNPJ:21.487.736/0001-11

1 - Circunstâncias que justificam a Internação  
ATO CIRÚRGICO

2 - Principais Resultados de Provas, Diagnósticos  
DA + RX

3 - Diagnóstico Inicial / Código  
FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

24 - CID 10 Principal 25 - CID 10 Secundário 26 - CID 10 Causas Associadas

S823

V99

7 - Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA-LUXAÇÃO DO TORNOZELO

22 - Código do Procedimento  
0408050497

29 - Especialidade

CIRURGICO

30 - Cratiga de Alendimento

1

31 - Documento

(X) CNS ( ) CPF

32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Sci/Estudante/Assistente

128360744690001

33 - Nome do Profissional, Solicitante/Assistente

CASSIO MURILO DA SILVA

34 - Data da Solicitação

19/04/2018

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

6002

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

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - N° Bilhete

41 - Série

37 - ( ) Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CBOR

38 - ( ) Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado

( ) Empregador

( ) Autônomo

( ) Desempregado

( ) Aposentado

( ) Não Segurado

### AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Órgão Emissor

59 - N° da Autorização de Internação Hospitalar (API)

M230190101

48 - Documento

49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

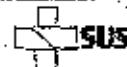
( ) CNS ( ) CPF

50 - Data da Autorização

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

20/04/18

Código do Laudo: 3275745

 <b>Sistema Único de Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>		<b>Folha 1/2</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>Hospital Maternidade São Vicente de Paulo</b>		2 - CNES <b>2564211</b>	3 - CNES <b>2564211</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>Hospital Maternidade São Vicente de Paulo</b>		4 - CNES <b>2564211</b>	
<b>Identificação do Paciente</b>			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Flávia Maria Oliveira Ribeiro</i>		6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1111111111111111</b>	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE Nascimento <i>10/01/1980</i>	
9 - GÉNERO <i>1 - Masculino</i>		10 - RACA/COR <i>3 - Branca</i>	
11 - NOME DA MÃE <i>Flávia Maria Oliveira Ribeiro</i>		12 - FONE DE CONTATO <i>000 1111111111</i>	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL <i>Flávia Maria Oliveira Ribeiro</i>		14 - FONE DE CONTATO <i>000 1111111111</i>	
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <i>Bairros</i>		16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Bairros</i>	
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF <b>SP</b>	
19 - CEP <b>00000-000</b>			
<b>20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA	
25 - DIAGNÓSTICO INICIAL		26 - CID 10 PRINCIPAL	27 - CID 10 SECUNDÁRIO
		28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>Placa 1/3 tub 3,5 mm - OG F</i>		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <b>0000000000000000</b>	
31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input checked="" type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE		32 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <b>0000000000000000</b>	
33 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <i>Paracolito Central 3,5</i>		34 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <b>0000000000000000</b>	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <b>0000000000000000</b>	
		37 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL <b>0000000000000000</b>	
<b>41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO</b>			
<i>É necessária uma Térmica de 3,5 mm para a colocação de um tubo central.</i>			
<b>PROFISSIONAL SOLICITANTE</b>			
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>03/04/12</b>	
44 - DOCUMENTO		45 - N.º DOCUMENTO (CR/SCPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>( ) CNS ( ) CREF</b>	
46 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <i>Flávia Maria Oliveira Ribeiro</i>		48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <b>0000000000000000</b>	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <b>03/04/12</b>			
50 - DOCUMENTO		51 - N.º DOCUMENTO (CR/SCPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE <b>( ) CNS ( ) CREF</b>	
52 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)			

12/1

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 93522  
Paciente : 10513  
Convênio Alead. : 1  
Leito : 327  
Dt. Início : 23/04/2018 17:20  
Cid Pré-Operatória : S823  
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)  
ERMISSON BRUNO LUNA BARROS Atendimento : 3279329  
SUS - INTERNACAO Carteira :  
APTO 10-2 Idade : 21 Anos 24 Dias 8 Horas  
Dt. Fim : 23/04/2018 18:25

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

### Procedimentos

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

### Equipe Médica

CIRURGIAO C6002 CASSIO MURILLO DA SILVA (HMSVP)  
ANESTESISTA C9238 FRANCISCO DAS CHACAS LUNA DANTAS (HMSVP)

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

-PC EM DECUBITO DORSAL  
-ASSEPSIA E ANTIASSEPSIA  
-APOSICAO DE CAMPOS  
ABORDAGEM LATERAL  
DISSECCAO POR PLANOS  
ABORDAGEM DA FRATURA  
REDUCAO E FIXACAO COM FARAFUSO TRANSINDESMOIDAL  
FIXACAO COM PLACA 1/3 TUBULAR DE 3.5MM  
-DR. FIO 3.2  
-SINTESF POR PLANOS  
-CURATIVO

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-13

Dr. Cassio Murillo da Silva  
Draugista / Traumatologista  
CRM: 66002  
CST: 32001-04/372  
ORIA: CASSIO MURILLO DA SILVA (HMSVP)  
CRM: 66002



## Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3279329  
10813 - ERMISSON BRUNO LUNA BARROS  
Paciente.....:  
Solicitante....: CASSIO MURILO DA SILVA  
Convênio.....: SUS - INTERNACAO  
Bloco.....: BLOCO I - CLIN CIRURGICA

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

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

Dr. José Alencar Salles  
RADIÓLOGO  
CRM: 06 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	
<p>Cliente no 1º DPO de correção de fratura de tornozelo esquerdo. Evolui consciente, orientado, eupnéico, afebril e normotensio. 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</p>	

RECEBEMOS

19 SET 2018

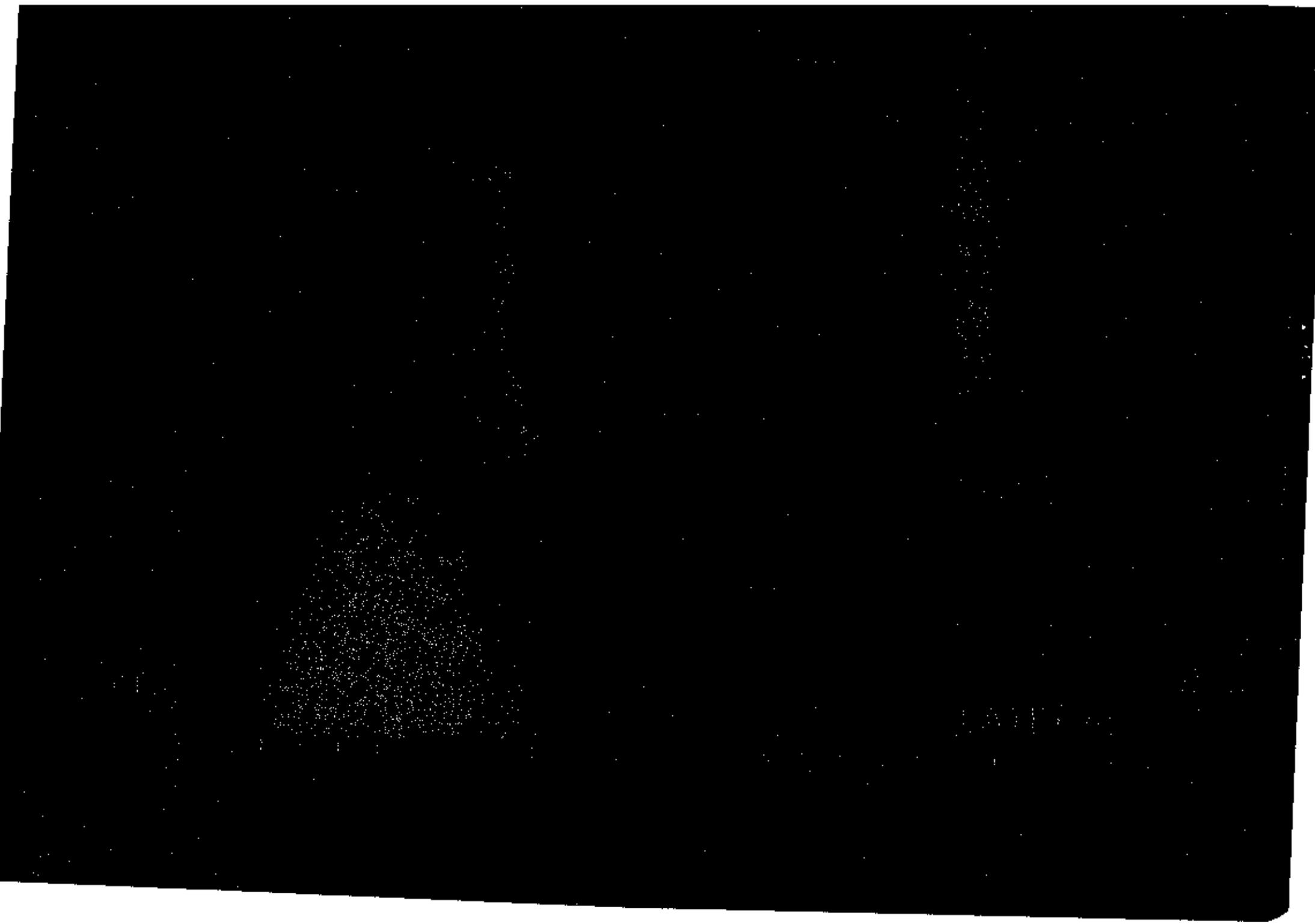
Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-06

Nicoline Macêdo  
CLARA MELINE DE SA BARRETO G MACEDO  
COREN - 257963

ЛАЯН

С.И. БОЛДЫРЬЕВА, А.А. БОЛДЫРЬЕВА, А.А. БОЛДЫРЬЕВА

С.А.



Assentado a Corte de Justiça do Estado

Ministra - 2002  
Corte de Justiça do Estado  
A Corte de Justiça do Estado

20/03/06 16

20/03/06

MP 121.487/735/000-06  
Correia de Oliveira F. Nota  
Márcia Guedes

25 SET 2002

11/09/01

RECEBIMENTOS

Edson Ricardo + other Desafogos

SEGUIMENTO DA VITIMA A VITIMA VINCULADA PELA VITIMA DE ACORDO COM

11/09/01 ② Edson Ricardo + other Desafogos

ESSES DESAFOGOS SÃO DE ACORDO COM

DATA DO ACORDO: 12/04/2001

RECABAMENTO DO INÍCIO (no período min)

Nome completo da vítima: Edson Ricardo

RELATÓRIO: Apresento para avaliação da perícia a amostra de tecido (total de 100g)



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

Nome: Emissor Brno  
Nº doc. 1000 1000

RECEBIMENTOS  
Rebto no dia 29/07/2018  
Nome: Emissor Brno  
Nº doc. 1000 1000

Recep. vitro 1000  
Orient. de tratamento (sic). Fo.  
tratado engelosar por fractura  
do tornoz. C. tratado c/  
síntese e parafuso. Tm. Bifto da  
fractura e rebto como  
engelos do tornoz. diminuiu  
do que o membro operado d/  
unidade superior. P. estabilida  
que exige esforço.

Dr. (a) Dr. Cassio Murilo da Silva 111018  
CRM: 6002  
Volvendo a consulta traga esta receita

50.474

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Emissor Bruno Lira Born

DECLARAÇÃO DO MÉDICO (DE REPERTÓRIO FÔRNEO)

DATA DO ACIDENTE: 12/04/2011

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

lbum m. torácico (2) fratura clavícula  
1º grau e parox

SINTOMAS QUE A VÍTIMA APRESENTA ATUALMENTE EM VERTIGEM DO ACIDENTE:

Edema residual + dor dor espalhar

DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA: 10/02/18

Perbella W

20/02 de 18

J. Clássio Munhoz Siva  
Ortopedia e Traumatologia  
MCB - 5012

Assinatura e Carimbo do Médico

RECEBEMOS  
29/01/2018  
Médico: Dr. J. Clássio Munhoz Siva  
Assinatura: Bruno Lira Born

ELITE  
EX-  
AP  
SE-  
1/2  
M  
1/4  
ORNOZE

HOSPITAL REGIONAL DO CARI  
EMISSOR BRUNO LUNA DE BARROS  
1997-Jan-03 M 159555  
Acc. EMG  
2018-Apr-11  
Acq-Tm 215731750

Univ DCM / Un DCM / Id: D  
W/4096 L 2048

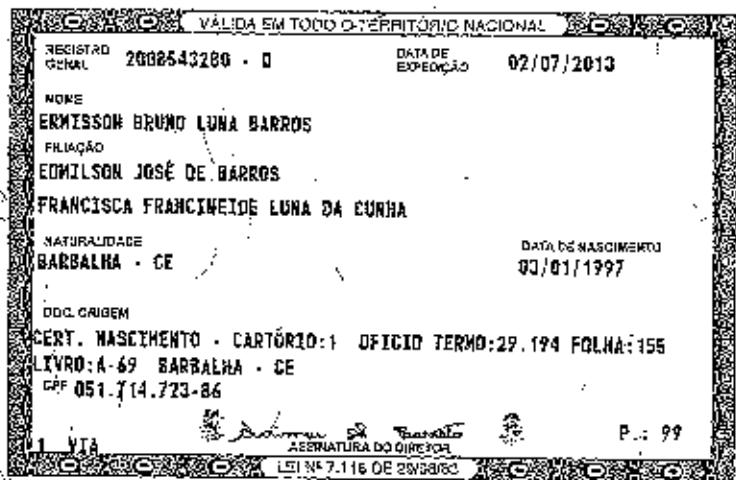
IMAGE M 105 TO SCALE

卷之三

RECEBEMOS

19 SET 2018

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

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

Código Nome do Funcionário

025 CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Recibo de Pagamento de Salário  
JUNHO/2018

Chq. Freq. Local Depto. Setor Série Pl.  
2521-05 - ADMINISTRADOR

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

Outras despesas comprovadas na vencimento vencidas na data de pagamento

Venda  
Venda

Total do Vencimento: Total da Despesa:  
3200,00 406,83

Valorliquido: 2.793,17

Salário Base	Sal. Conta INSS	Baixa Cál. FONTE	IRRF de Min	Baixa Cál. IRRF	Patrocínio
3200,00	3200,00			2848,00	02

RECEBEMOS  
19 SET 2018

Maria Cecília de F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ:21.487.736/0001-14

### 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 inicio 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. S<sup>a</sup>. 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  
23/07/2018  
SUSPENSAO DE PAGAMENTO

# 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:**

A handwritten signature in blue ink that appears to read 'Karla Suely'.

# 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:** 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

<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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# 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:** 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

<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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** BRUNO BARBOSA MENDONCA

**CRM:** 900400

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# 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

RECEBEMOS  
PROCURAÇÃO

19 SET 2018

**Outorgante:**

ERMISSON BRUNO LUNA BARROS, brasileiro (a), estado civil SOLTEIRO, profissão 36/0001-08  
TI/ASSISTENTE ADMINISTRATIVO, residente e domiciliado à Sítio 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.

Maria Gecineide F. Nobre  
Corretora de Seguros Eireli  
CNPJ 21.321.367/0001-08

**Outorgado:**

Cicero Daniel dos Santos Silva, brasileiro, solteiro, Micro Empreendedor  
Individual ( M.E.I ), residente e domiciliar no ST Lamedor, 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, 21 de Agosto* de 2018

*Ermisson Bruno Luna Barros*  
Outorgante

CPF Nº *051.714.723-86*

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



Reconheço a(s) Firma(s) de autenticidade Bruno Bruno Barros Assistente	
21 AGO. 2018	
<input checked="" type="checkbox"/> Bel. Muccino - Muccino Torres - Tabelião <input checked="" type="checkbox"/> Prof. Dr. Muccino Torres - Substituto <input checked="" type="checkbox"/> Muccino de Souza Torres Lopes - Procurador <input checked="" type="checkbox"/> Muccino Lopes de Souza - Escrivão	

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344334/18

**Número do Sinistro:** 3180437258

**Vítima:** ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

**CPF:** 051.714.723-86

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

**ERMISSON 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

---

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344334/18

**Vítima:** ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

**CPF:** 051.714.723-86

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## 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

### ERMISSON 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344334/18

**Número do Sinistro:** 3180437258

**Vítima:** ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

**CPF:** 051.714.723-86

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

---

MARIA JEOVANEIDE FERREIRA NOBRE