



**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO
CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO**

**RECIBO DO PROTOCOLO
PETICIONAMENTO INTERMEDIARIA - PRIMEIRO GRAU**

Dados Básicos

Foro:	Barbalha
Processo:	00054221820198060043
Classe do Processo:	Petições Intermediárias Diversas
Data/Hora:	09/09/2022 10:18:26

Partes

Solicitante:	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
--------------	--

Arquivos

Petição:	2613746_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_01 - 1- 2.pdf
Documentação:	2613746_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 1-51.pdf
Documentação:	2613746_IMPUGNACAO_AO _LAUDO_PERICIAL_Anexo_ 02 - 52-54.pdf

Nota: Alguns dos arquivos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CE

Processo: 00054221820198060043

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERMISSON BRUNO LUNA BARROS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Segmento Anatômico	Marque aqui o percentual
1ª Lesão TORNZELO	☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa ☐ 100% Total

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Por fim, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO inscrita sob o nº 45542-A - OAB/CE**, sob pena de nulidade das mesmas, conforme substabelecimento apresentado junto aos atos constitutivos.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BARBALHA, 5 de setembro de 2022.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

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** 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** 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

Ermisson 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: 15/08/2018 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. 289, 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 do seu 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 no 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.: 30081412

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

BARBOSA, 10 de SETEMBRO de 2018

Local e Data

ERILISSON BRUNO LUNA BARROS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



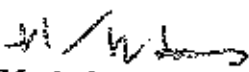
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

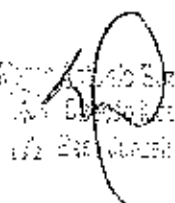


CERTIDÃO NARRATIVA

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 Assessoria 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 TONOELO 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 - 63160000
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

Mês de Referência		Mês de Referência		Mês de Referência	
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
10,15	10,15	10,15	10,15	10,15	10,15

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2767309-0, 13355791, 0000 0000, 05.035.815-5

INFORMAÇÕES SOBRE O FOMENTO

Mês de Referência	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
10,15	10,15	10,15	10,15	10,15	10,15

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR
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

TÓPOGRAFIA DO VALOR DE CONSUMO

Item	Valor
Consumo	45,26
Multa	1,07
Juras	0,85
Plano Odontológico	62,16
Adicional Bandeira Vermelha	5,73
Total	109,34

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo
10/08/2018	109,34
09/08/2018	109,34
08/08/2018	109,34
07/08/2018	109,34
06/08/2018	109,34
05/08/2018	109,34
04/08/2018	109,34
03/08/2018	109,34
02/08/2018	109,34
01/08/2018	109,34
31/07/2018	109,34

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO (kg/m³)

Consumo	Emissão
42,16	0,00

Consumo Elétrico (kWh)

Consumo	Emissão
42,16	0,00

[illegible]

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

NOTA DO CLIENTE
7428468-1
 Para emitir este boleto, o cliente deve estar em dia com o pagamento da conta de consumo.

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 7.436
 de 28 de abril de 2002.
 Companhia Energética de Ceará
 Rua Padre Manoel da
 Costa, 150
 CEP 06.030-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ: 06.907.701/0001-70 | CGF: 06.105.648-0

enel

BOLETO DE PAGAMENTO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA 528042019

Nota 25 13012 03 055900 - 3 **Data de Emissão** 07/06/2018
Nome FRANCISCA FRANCINEIDE LUNA DA CUNHA
End. Postal ST PIQUETE CALDAS 06954
 DISTRITO CALDAS - BARBALHA -
Medidor 5256446 **Posto** 0000 0000
Classe 04 - RURAL 10-RESIDÊNCIA RURAL MONOFASICADO
RG/CPF/CNPJ 728535273-20
Nome do Responsável

DÍGITOS			TÍTULOS DE PAGAMENTO DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Ciclo de Apuração	Próximo Ciclo	Mês a seguir, no verso deste boleto.		
Jun/2018	06/07/2018	06/07/2018	Conjunto	DIGITOS	DIGITOS
				06/2018	06/2018
Base de Cálculo (R\$)			Apuração Individual		
Aluguel	Valor do Imposto		Mensal	Trimestral	Anual
18,78			18,78	56,34	171,02
TAXA DE SERVIÇOS DE DISTRIBUIÇÃO FISCAL			7,52	22,56	67,68
TAXA DE SERVIÇOS DE DISTRIBUIÇÃO FISCAL			5,83	17,49	52,47
TAXA DE SERVIÇOS DE DISTRIBUIÇÃO FISCAL					

VALOR CONSUMO DO MÊS							
Lib. Atual	Lib. Anterior	Consumo kWh	Consumo kWh	Consumo kWh	Consumo kWh	Consumo kWh	Consumo kWh
17,78	17,78	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
07/06/18	07/06/18	07/06/18	07/06/18	07/06/18	07/06/18	07/06/18	07/06/18

VALOR CONSUMO DO MÊS 17,78
COS. SALDO FATURA ANTERIOR 28,63
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,93)

VENIMENTO 13/07/2018 **TOTAL A PAGAR** 46,41

DEBITO 46,41 **DEBITO** 46,41

DEBITO		DEBITO	
Genera	0,93	Genera	0,93
Consumo	17,78	Consumo	17,78
Taxa de Serviço	17,70	Taxa de Serviço	17,70
Taxa de Serviço	17,70	Taxa de Serviço	17,70

Consumo médio mensal (kWh) 18,35 **Consumo médio mensal (kWh)** 0,00
Consumo médio mensal (kWh) 18,35 **Consumo médio mensal (kWh)** 0,00

RECEBEMOS

25 SET 2018

Francisca Geacineide F. Nobre
Cometora de Seguros Fiel
CNPJ: 21.467.736/0001-70

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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda. 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.

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

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

Pelo exposto, eu, CICERO DANIEL ROSSATO SILVA inscrito (a) no CPF 010.96.7.643/33 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. J. 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

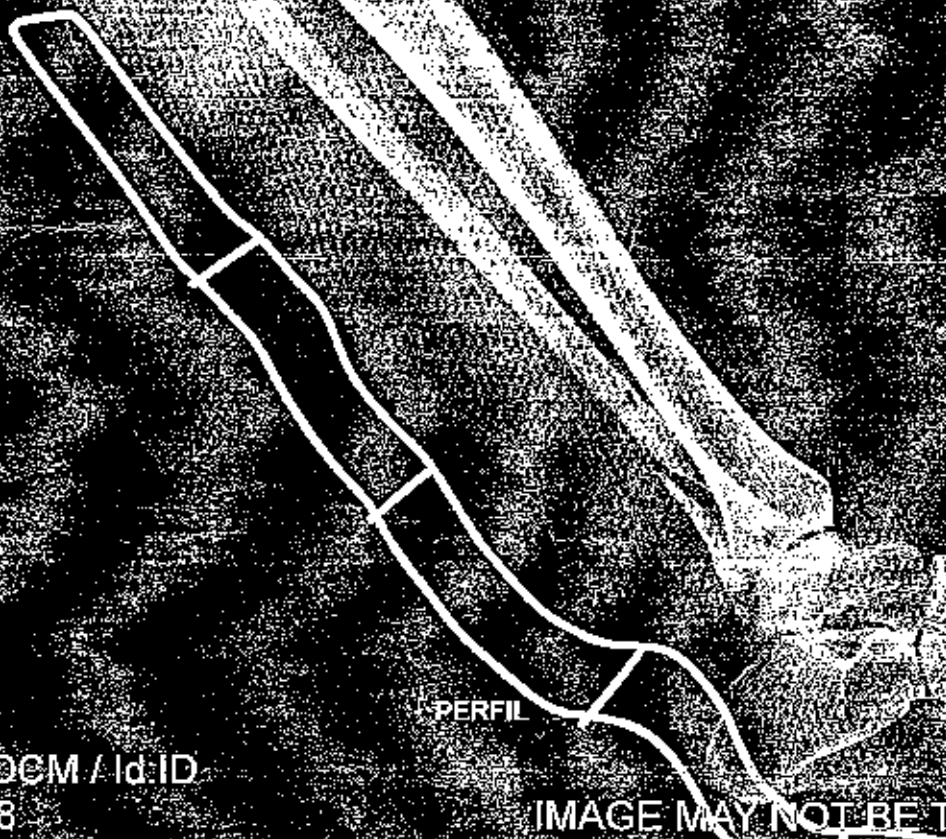
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ERMISSON BRUNO LUNA DE BARROS

1997 Jan 03 M 159595

Acc: EMG

2018 Apr 12

Acq Tm: 21:59:00 281

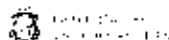


Lin: DCM / Lin: DCM / Id: ID

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

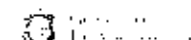
Dr. Marcelo Nogueira Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 18.743 - CRM-PE 23.779

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 Geacineide 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 Basílio dos Santos
Clínica de Ginecologia
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 início manhã

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 em torção (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:

no imobilizar torção (E)

Diagnóstico Definitivo:

O mano

Alta em: 25/04/18

Condições de Alta:

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

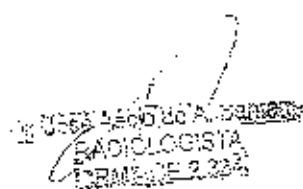
Radiologia - HMSVP

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 2232

RECEBEMOS

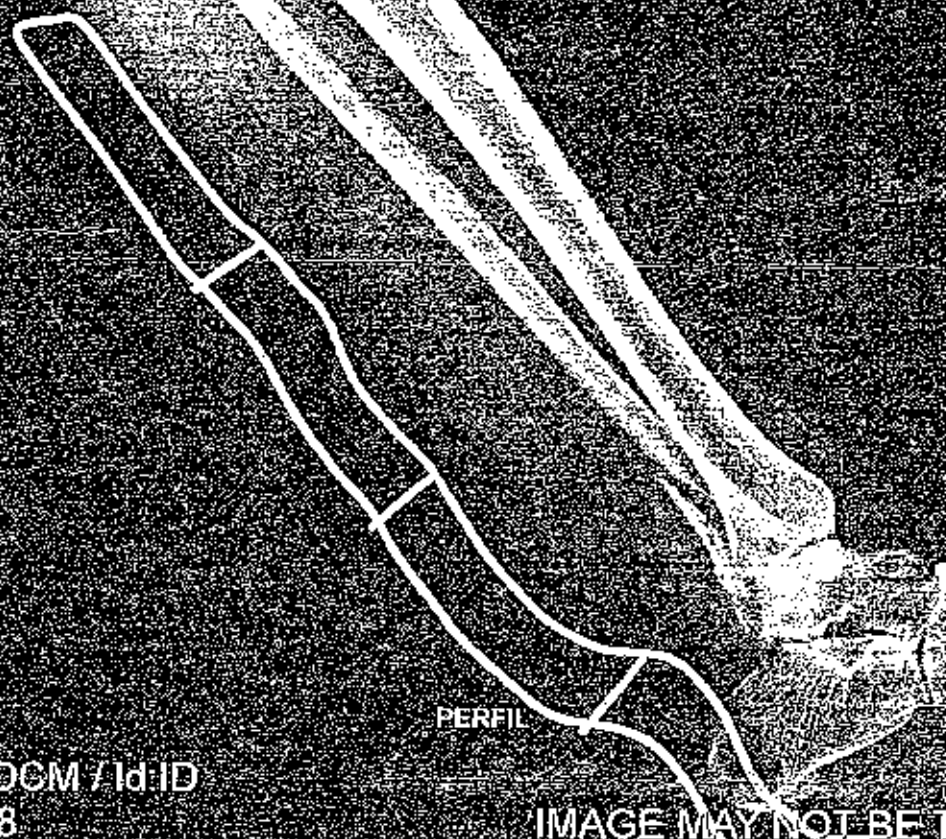
19 SET 2018

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 e 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

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

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

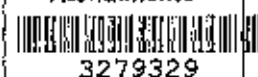
Cidade : BARBALHA

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

Francisco Francisco L.
Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

História da doença atual:

trauma em torax

Antecedentes:

IS.....

RECEBEMOS

19 SET 2018

Exame Físico..:

ad

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

Hipótese Diagnóstica:

trauma unilateral torax

Diagnóstico Definitivo:

C. m. m.

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.....: 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: 21.487.736/0001-06

JOSE AROLDI A. CARVALHO
RADIOLOGISTA
CRM 12224



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 Cecineide 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 X 1 Feminino 3	02 - Preta
Nome da Mãe		10.1 - Filia	
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

0 - 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 (AII)

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: **Barbosa Bruno Bruno Barros** 6 - Nº DO PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - DATA DE NASCIMENTO:
9 - SEXO: **Masculino** 10 - RAÇA/COR:
11 - NOME DA MÃE: **Françoise da Silva** 12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:
14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Bataguara** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **62** 18 - UF: **PA** 19 - CEP:
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:
22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:
23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:
24 - COD. 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 - COD. 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 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
34 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: **Panqueça central 3,5** 35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:
36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 37 - QTD:
38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 39 - QTD:
40 - QTD:

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Admissão em Turnozelo necessitando de acompanhamento de 12.

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
43 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **23/04/12**
44 - DOCUMENTO:
45 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **PROF. Dr. Carlos Augusto** 48 - COD. ORGAO EMISSOR:
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
50 - DOCUMENTO:
51 - Nº DOCUMENTO (CRM/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

221

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 93522

Paciente : 10513

Convênio Atend. : 1

Leito : 327

Dt. Início : 23/04/2018 17:20

Sid Pré-Operatório : S823

Sid Pós-Operatório :

Sala : 0004

SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)

ERMISSON BRUNO LUNA BARROS

Atendimento : 3279329

SUS - INTERNACAO

Cadeira :

APTO 10-2

Idade : 21 Anos 27 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 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

RECEBEMOS

19 SET 2018

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

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4492
CPT 42431347372

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



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:

1/1000 g de fadiga @ fotosse cingiliana
01 peso e equilíbrio

SEQUELAS QUE A VÍTIMA APRESENTA ATUALMENTE EM VIRGULAÇÃO DO ACIDENTE:

Edema residual + dor dos membros

RECEBEMOS

DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA: 30/09/18

Maria Geórgia 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



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Emilia Bino
Nº doc. Lina Bino

Rebitor
RECEBEMOS
29 OUT 2018
Alta Cordeiro F. Nobre
Coordenador de Segurança Física
CRM 127.457.7

Receita médica
Ondas de tratamento (sic). To-
tamente corrigidas por fratura
do tornozelo (E). Tratado (1)
plano e profundo. Tem 1/10 de
tratamento e relato como
aquele do trauma diminuir
do peso no membro operado (1)
limitada função (1) e atividades
que exigem esforço físico

Dr. (a) Dr. Cassio Munilo da Silva 11/10/18
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8002

Volando a consulta traga esta receita

50.474

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Ermisson 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 121.457.2012-2

SOMOS

CRELITE

Ex

AP

Se: 1/2

m: 1/1

TORNOZELO

RECEBEM
19.04.2018
12h 17m 27s
CNPJ 12.130.119/0001-90
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

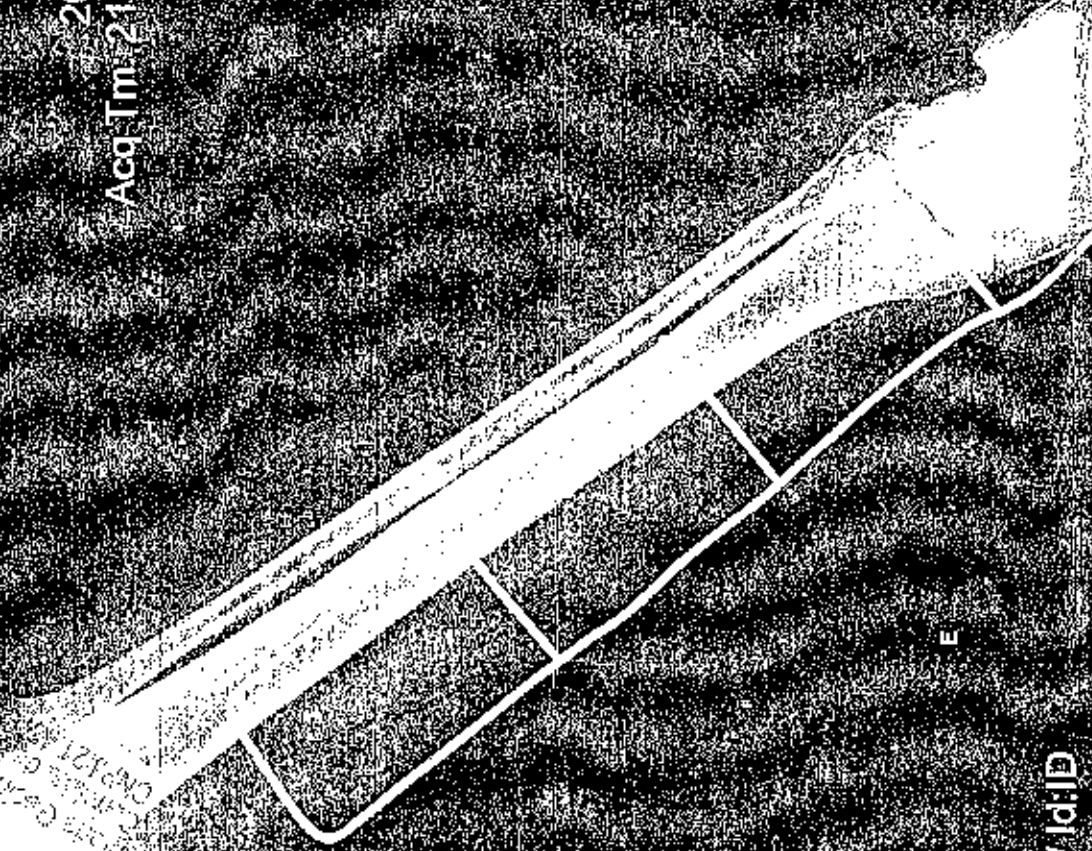
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI
ERMISSÃO BRUNO LUNA DE BARROS

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 M1 / NOT RE TO SCALE

18/04/2018
12h 17m 27s
CNPJ 12.130.119/0001-90
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

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

Ermisson 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

1 VTA

Francineide Luna Barros
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/80

P.: 99

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

Recibo de Pagamento de Salário
JUNHO/2018

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

Cód.	Descrição	Referência	Vencimentos	Deduzidos
101	PRÓ-LABORE	30,00d	3.200,00	
973	INSS	11%		352,00
987	IRRF 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. IRRF	Falhas 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

CPF 01096964333

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

PLANO GERENCIAL F. MATEA
FUNDADO POR ASSINAR E
CPF: 051.714.723-86

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: 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

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: 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

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: 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:

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 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 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 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