



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10245640

A/C: SIRLEY BORGES LIMA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3160750178 ASL-1195329/16

**Vitima:** SIRLEY BORGES LIMA

**Data Acidente:** 18/02/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

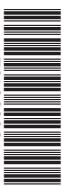
- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.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

#### ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10254149

A/C: SIRLEY BORGES LIMA

**Sinistro:** 3160750178 ASL-1195329/16  
**Vítima:** SIRLEY BORGES LIMA  
**Data Acidente:** 18/02/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

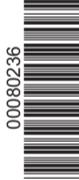
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10350844

A/C: SIRLEY BORGES LIMA

**Sinistro:** 3160750178 ASL-1195329/16  
**Vitima:** SIRLEY BORGES LIMA  
**Data Acidente:** 18/02/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:** EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado:** SIRLEY BORGES LIMA

**Valor:** R\$ 2.362,50

**Banco:** 237

**Agência:** 000000456-1

**Conta:** 000001002272-0

**Tipo:** CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

<b>Multa:</b>	R\$	0,00
<b>Juros:</b>	R\$	0,00
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>2.362,50</b>

**Dano Pessoal:** Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

**Graduação:** Em grau leve 25%

**% Invalidez Permanente DPVAT:** (25% de 70%) 17,50%

**Valor a indenizar:** 17,50% x 13.500,00 = R\$ **2.362,50**

**NOTA:** O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160750178 - 1

Nome do(a) Examinado(a): SIRLEY BORGES LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA ANTÔNIO SOBREIRA GUEDES nº 184 - TRIANGULO - JUAZEIRO DO NORTE/CE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 95029138368 - SSP

Data local do exame: 10/01/2017 JUAZEIRO DO NORTE/CE

### Resultado da Avaliação Médica

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

#### FRATURA-LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

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

#### TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

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

SIM  NÃO

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

#### APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR EM Perna DIREITA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(\*):

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR DIREITO

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

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

Total = "100% da IS"

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

#### NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA -

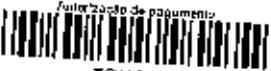
Local e data de realização do exame médico legal:

CE - JUAZEIRO DO NORTE, 10/01/2017

Médico Perito: RENAN DE ALMEIDA SILVA CRM:12076/CE

  
Dr. Renan Almeida  
Médico  
CREMEC 12076

Assinatura do perito Examinador - CRM



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Sírley Borges Lima

POR TADOR(A) DO RG N° 950129138368 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 18/12/13 E  
 CPF (8)12465443-34 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO autônoma  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Reunivul (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0456-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 1002272-0

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

Guarapari, 30 de Novembro de 2016

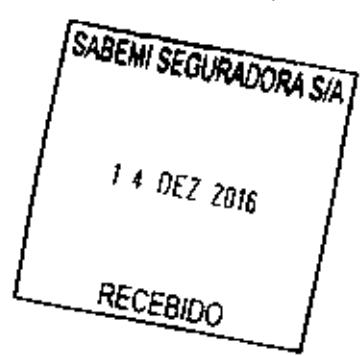
LOCAL E DATA

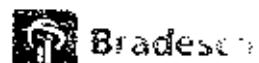
Sírley Borges Lima

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





**Dia & Noite**

Bras - Bradesco Dia & Noite  
Transferencia - Plano/PL

Data 26/10/2016 Hora 09:42 Term 663386  
R. Trans 0252 Banco 237 Agencia 0456  
Conta 10008369 Valor 1,00

Favor credito:  
Banco 237  
Agencia 456 / JIBZ.DU 00001 CENTRO  
Conta 1002272-0

Titular: STIRLEY BORGES PEREIRA

Nome: EDIVARDO PEREIRA DUC SANTOS  
Tipo/Conta: 00 Vaz/Carapau/07

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talão de cheques em segundos.  
Só pedir no balcão.  
nem esperar pelo correio.

Atendimento  
CAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Central de Atend. - Recursos e Informações  
0800 704 8483  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0000  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Divididas - 0800 722 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha um bom dia

*SABEMI SEGURADORA S/A*

14 DEZ 2016

*Priscila*





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

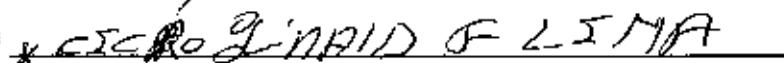
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 488 - 15444 / 2016**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

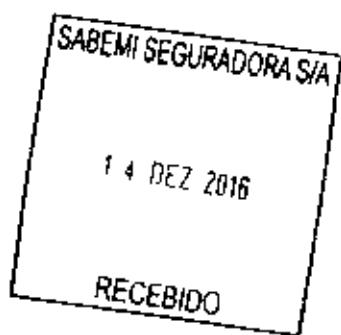
  
**FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3**

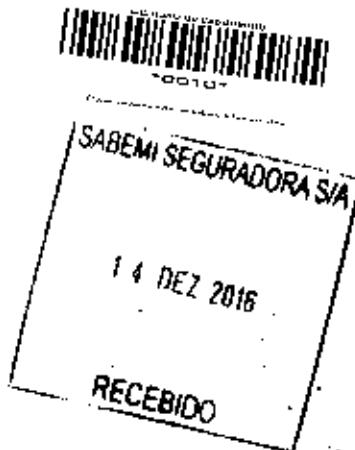
**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

  
**CICERO GINALDO F. LIMA**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

  
**MARCOS ANTONIO DOS SANTOS - MAT.: 133850-1-7**





# REGISTRO CIVIL

## ESTADO DO CEARÁ

**Maria Célia Calou, Oficial do Registro Civil do Distrito de Marrocos,  
Da Comarca de Juazeiro do Norte - Ce., por Nomeação Legal.**

C E R T I D A O

Certifico que às fls. 196v do livro 212.....de registro civil dos casamentos, consta sob o n.º de ordem.....8.993.....o assento de casamento de.....Cícero Reginaldo Ferreira.....Lima.....e.....Sirley Borges Pereira.....

O contraente é filho de... Izaias Feliciano de Lima.....  
e de.... Raimunda Ferreira de Lima.....nascido em... Juazeiro do  
....Norte.....Estado de.... Ceará.....no dia 02.....do mês de.... Fevereiro.....do ano  
de 1976..... profissão... Comerciante.....domiciliado e residente Juazeiro do Norte-CE.....  
A contraente é filha de... José Araújo Pereira.....

A contraente é filha de...José Araújo Pereira  
e de...Maria de Lourdes Borges Pereira.....nascida em...Juazeiro do  
Norte.....Estado de.....Ceará.....no dia 08.....do mês de.....Fevereiro.....  
.....do ano de 19.77.....profissão.....Recepcionista.....domiciliada  
e residente.....Juazeiro do Norte.....Estado do Ceará

O casamento foi celebrado no dia 30 do mês de Abril do ano de 1999, perante Dr. A. P. H. O. G. Valdelice Araújo Pereira Aleixo.

..... Juiz de Direito dos Casamentos desta Comarca, e às  
testemunhas Constantes no termo ..... e ..... .

Observações: — O casamento foi celebrado sob regime de comunhão parcial de bens. A nubente após o casamento passou a chamar-se: Sirley Borges Lima —\*\*



## DO SOMENTE

TERRITÓRIO

67-03

500

6 Oct 5

卷之二

915459

✓ f. 29. 8. 2

O referido é verdade. Dou fé.

Distrito de Marrocos, 30 de Abril de 1999.

**O Oficial do Registro Civil**

1999-08-10 08:00:00

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Sirley Borges Soima, portador da carteira de identidade nº 95029138368 e inscrito no CPF/MF sob o nº 812.465.443-34, residente e domiciliado na Rua: Antônio Tabreira Guedes, 184, Cidade Juazeiro, Estado BA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

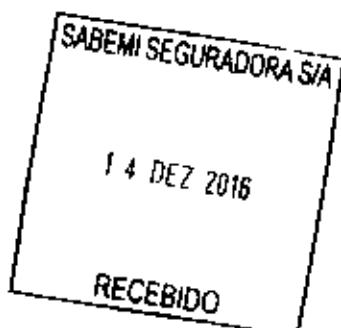
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sirley Borges Soima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Juazeiro, ee 30/11/2016

Local e data



# Prova do ato declaratório



## CERTIDÃO NARRATIVA

**CERTIFICA**, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento à Sra. **SIRLEY BORGES LIMA**, portadora do RG Nº 95029138368 e inscrita no CPF sob o Nº 812.465.443-34, no dia 18/02/2016, às 7h48min, no município de JUAZEIRO DO NORTE - CE, na rua Valdomiro Brito. Paciente vítima de acidente com motocicleta, onde a mesma foi encaminhada para o **Hospital Regional do Cariri - HRC**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana. Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 9 de março de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES  
Assessoria Executiva  
SAMU 192 CEARÁ

**SAMU 192 CEARÁ**  
Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061  
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br  
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUpanca

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: SIRLEY BORGES LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00456-1

CONTA: 00001002272-0

---

Nr. Autenticação

BRADESCO12012017050000000002370045600001002272236250 PAGO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sirley Borges Lima,

RG nº 95029138368 data de expedição 18/12/2013 Órgão SSP-CE

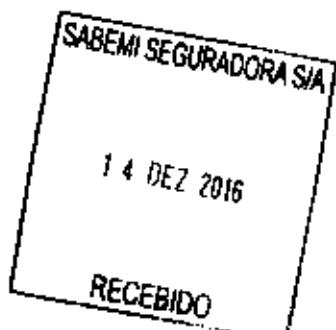
CPF nº 812.465.443-34, venho perante a este instrumento declarar que não possua comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Antônio Pobreira Guedes,</u>
Número	<u>184</u>
Apto / Complemento	<u>— 11 —</u>
Bairro	<u>Triângulo</u>
Cidade	<u>Juazeiro do Norte</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>63.046.110</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 3512-4870 / 98812-9688 / 99719-4613</u>
E-mail	<u>— 11 —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte, 30/11/2016.

Assinatura do Declarante: Sirley Borges Lima







Nº da Conta: 0262294684  
Mês da referência: 10/2016  
Período: 00/01/2016 a 01/10/2016  
Data de emissão: 04/10/2016

EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS  
R JOSE DE ALENCAR, 329  
PIRAJA  
63084-215 JUAZEIRO DO NORTE - CE

[www.vivo.com.br/meuvivo](http://www.vivo.com.br/meuvivo)

Faça conexão Central de Relacionamento  
1800 ou [www.vivo.com.br/faconexao](http://www.vivo.com.br/faconexao)

Telefônica Brasil S.A.  
Av. Senador Virgílio Távora, 1001  
CEP 00170-250 - Fortaleza CE  
IE: 06.066577-8  
CNPJ Município: 02.558.157/0001-62  
CNPJ Federal: 02.558.157/0011-34

Vencimento  
17/10/2016

Total a Pagar - R\$  
38,26

Seus Números Vivo  
88-3512-4870

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

#### Vivo Valoriza

Saldo de pontos acumulados: 1.820  
Na data de: 20/09/16  
Saldo referente a conta 0262294684 no  
Vivo Valoriza. Para saldo ativo, envie SMS  
com a palavra SALDO para 8111.

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Vef - Total
<b>Serviços Contratados</b>						
<b>VIVO FIXO</b>						
VIVO FIXO ILIMITADO			34,99	100%		34,99
MINUTOS LOCAIS P/ FIXO OUTRA		1	0,00	300 min	02m00s	
MINUTOS LOCAIS P/ FIXO VIVO			0,00	10 FV/min		
MINUTOS P/ FAVORITOS			0,00	10,00 min		
TOPEDEO SMS P/ VIVO			0,00	1.000		
<b>Subtotal</b>						34,99
<b>Utilização Acima do Contratado</b>						
Ugates de Longa Distância					03m30s	0,00
<b>Subtotal</b>						0,00
<b>Serviços Utilizados em Períodos Anteriores</b>						
Ligações Locais					08m54s	1,98
<b>Subtotal</b>						1,98
<b>Outros Lançamentos</b>						
Encargos Financeiros						1,29
<b>Subtotal</b>						1,29
<b>TOTAL A PAGAR</b>						38,26

SABEMI SEGURADORA S.A.  
14 DEZ 2016  
RECEBIDO



## DECLARAÇÃO

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

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Eduvaldo Pereira dos Pántas, portador(a) do RG nº 99029071681, expedido por SSP-CE, em 07/10/2015, CPF/CNPJ nº 045.291.864-23, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Dirley Borges Leima do sinistro de DPVAT de natureza invalidez da vítima Dirley Borges Leima, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Construtor Renda Mensal: R\$ Reais Pedras

Documentos comprobatórios: Recurso de despen

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2016

RECEBIDO



## Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, Cícero Reginaldo Ferreira Lima,  
RG nº 2006029306906, data de expedição 14/12/2006 Órgão 55 PCE  
portador do CPF nº 806018123-87, com domicílio na cidade de  
Juazeiro do Norte, no Estado de Ceará,  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Antônio José de Souza  
Borges, nº 184, complemento CASA  
declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de  
minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Sírley  
Borges Lima, cujo o condutor no momento do  
acidente era Cícero Reginaldo Ferreira Lima

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA BIZ 125 E5

Ano: 2013 / 2013

Placa: 05V 6014 CE

Chassi: 9C22C982002523243

Data do Acidente: 18/10/2016

Local e Data: Juazeiro do Norte de 29/09/2016

Cícero Reginaldo F 25/11/16  
(Assinatura do Declarante)

3º Ofício

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



**CV**

Reconheço  
REGINALDO  
Norte-Ceará

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO  
Rua São Pedro, 761 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 62010-010  
Fone: (88) 351-0076 / 3567-1651 / [www.cartorioviana.com.br](http://www.cartorioviana.com.br)  
Balcão: Lucas Mariz de Figueiredo Viana - Titular  
(POR AUTENTICIDADE) a Firma de: Cícero  
FERREIRA LIMA, DOB: 08/08/1960 - Juazeiro do  
Norte - Ceará - 29/09/2016 - Cícero  
Diego Horacio Rodrigues Soares

ISS:0011111111111111





## FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO			
Nome: SIRLEY BORGES LIMA	Prontuário: 129186	Admissão: 18/02/2016	
Data Nasc.: 08/02/1977 Idade: 39 ano(s) 0 mes(es) e 10 dia(s)		Telefone:	
Mãe: MARIA DE LOURDES BORGES PEREIRA			
Sexo: Feminino	RG:	Município: JUAZEIRO DO NORTE	
CEP: 63010-000	Bairro: TRIÂNGULO		
Endereço: RUA ANTONIO SOBREIRA GUEDES 184			

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
Risco: LARANJA	Classificador: LEILANE GONÇALVES DE OLIVEIRA	Horário: 08:14	
Queixa: PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU, COM RELATO DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO, COLISÃO COM CARRO, REFERE DOR, EDEMA E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MÍD. NEGA VÓMITOS OU DESMAIO, FAZIA USO DE CAPACETE.			
Exograma: TRAUMA MAIOR			
Mecanismo de trauma significativo			
15	Temp.:	Glicemia:	Régua:
		Pulso/FC:	

ATENDIMENTO					
Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES	CRM: 15536				
Nº Atendimento: 310879	P.A.:	Acidente: Sim	Agressão: Não	Peso:	
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II					
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NÃO ESPECIFICADOS					
Comorbidade:					
HDA/Exame Físico:					
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM MIE.					
TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RIGIDA E COLAR CERVICAL.					
ACP: FISIOLOGICO					
ABDOMÉ: SEM ALTERAÇÕES					

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX BACIA AP (0204060095)	18/02/201	08:28	Não
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	18/02/201	08:28	Não
RX TORAX PA (0204030170)	18/02/201	08:28	Não
RX Perna D AP/P (0204060168)	18/02/201	08:28	Não
RX TORNÔZELO D AP/P (0204060087)	18/02/201	08:28	Não

### PRESCRIÇÃO

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES	CRM: 15536	18/02/16 08:28	SABEMI/SEGURADORA SA
Prescrição	Horário:		
14 DEZ 2016			
Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE			
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições. RECEBIDO			

PREScrição

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES

CRM: 15536

18/02/16 08:29

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO- 01 AMPOLA + SF0,9% 100ML, EV, 12/12H	09:45
TRAMAL- 01 AMPOLA + SF0,9% 100ML, EV, 8/8H	09:45
DIPIRONA-01 AMPOLA + AD, EV, 6/6H	09:45
SF0,9% 500ML, EV, 12/12H	
DIETA ZERO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

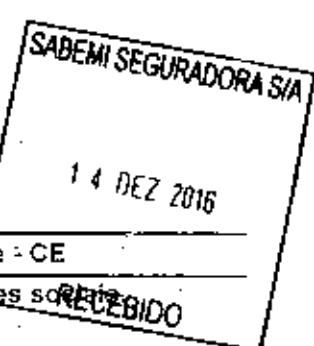
Alta. Conduta

Observação

Referência para:

Óbito

14 DEZ 2016



NOME: SIRLEY BORGES LIMA  
DATA DE NASCIMENTO: 08/02/1977  
SOLICITANTE: Dr. THIAGO CALDAS LEAL  
SETOR SOLICITANTE: AMBULATORIO  
DATA DO EXAME: 23.03.2016  
DATA DO LAUDO: 01.04.2016  
EXAME: RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

PRONTUÁRIO: 129186

### RELATÓRIO

#### **INDICAÇÃO:**

Vítima de acidente motociclistico há 1 mês. Luxação do joelho direito?

#### **TÉCNICA:**

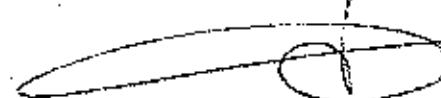
Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 1,5 Tesla, com aquisição de imagens em sequências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T1, T2 e Densidade de Prótons com FAT SAT.

#### **ANÁLISE:**

- Discreta fratura em margem anterior do platô tibial lateral, com edema ósseo medular adjacente, sem sinais de afundamento.
- Alteração de sinal tipo edema em platôs tibiais lateral e medial.
- Infiltração edematosas difusa em planos mioadiposos periarticulares do joelho.
- Alteração de sinal (hipersinal) em tecidos moles adjacentes ao ligamento colateral medial, o qual não exibe evidências de descontinuidade.
- Ligamento cruzado posterior exibindo acotovelamento e hipersinal em terço médio de suas fibras.
- Ligamentos cruzado anterior e colateral lateral integros.
- Traços irregulares de hipersinal em corno posterior do menisco medial que atingem a superfície articular.
- Traços irregulares de hipersinal em como anterior e corpo do menisco lateral que atingem a superfície articular.
- Patela alta pelo índice de Carvalho 1,26 (valor normal entre 0,76 e 1,02).
- Discreta irregularidade de contornos em cartilagem dos platôs tibiais.
- Cartilagem femoral e patelar com espessura, contornos e intensidade de sinal conservados.
- Tendões musculares com espessura e intensidade de sinal normal.
- Pequena coleção cística laminar entre o aspecto medial do gastrocnêmio e o semimembranoso.
- Líquido livre intra-articular em quantidade fisiológica.

#### **IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

1. Discreta fratura em margem anterior do platô tibial lateral sem sinais de afundamento.
2. Condropatia em platôs tibiais.
3. Acotovelamento e estiramento do ligamento cruzado posterior.
4. Estiramento (grau 1) do ligamento colateral medial.
5. Fratura do corno posterior do menisco medial e do corno anterior e corpo do menisco lateral.
6. Patela alta.
7. Acentuada infiltração edematosas difusa em planos mioadiposos periarticulares do joelho.



Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho  
Médico Radiologista CRM-CE 10485  
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2016

RECEBIDO

## FICHA DE ATENDIMENTO

### IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: SIRLEY BORGES LIMA  
Prontuário: 129186 Admissão: 05/04/2016  
Data Nasc.: 08/02/1977 Idade: 39 ano(s) 1 mes(es) e 25 dia(s) Sexo: Feminino RG: 95029138368  
Mãe: MARIA DE LOURDES BORGES PEREIRA  
Telefone: (88) 988246407  
Endereço: RUA ANTONIO SOBREIRA GUEDES 184 Bairro: TRIÂNGULO  
CEP:

### ATENDIMENTO

Médico: THIAGO CALDAS LEAL CRM: 10498 Nº Atendimento: 317091  
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 45 dia(s)

#### HDA/Exame Físico:

paciente com mm evidenciando Icp integró e lesão meniscal em joelho direito  
não foi descrito Ica  
fisioterapia

### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação

### PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:

Dr. Thiago Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10498/CE 13330

SABEMI SEGURADORA S/A  
14 DEZ 2016  
RECEBIDO

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: SIRLEY BORGES LIMA	Prontuário: 129186
Endereço: RUA ANTONIO SOBREIRA GUEDES 184	Idade: 39 ano(s) 0 mes(es) e 13 dia(s)
Bairro: TRIÂNGULO	UF: CEARÁ
CEP: 63010-000	Sexo: Feminino
	Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização

Clinica: TRAUMATO-	Enfermaria: 06	Leito: 424
Internação 18/02/2016	18:39	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

LUXAÇÃO JOELHO DIREITO. TRATAMENTO CIRÚRGICO

Exames Realizados

OS NECESSÁRIOS

Terapêutica Utilizada

AÇÃO EXTERNA

Diagnóstico

S831 - LUXACAO DO JOELHO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S831	LUXACAO DO JOELHO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 21/02/2016

Observações Complementares

RETORNO EM 14 DIAS AMB DR THIAGO LEAL - AUTORIZO EXCEDENTE! AGENDAR NO NAC!!!

Responsável

Médico: SAMIR SAMAAN FILHO

Data: 21/02/2016

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

DR. Samir Samaan Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - CR 10.346 / TEOF 13.894

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2016

RECEBIDO

## Relatório de Cirurgia

Paciente: SIRLEY BORGES LIMA

Prontuário: 129186 Dt. Nascimento: 08/02/1977

Clínica: CENTRO CIRURGICO

Enfermaria: Sala Cirurgica

Leito: 04G

Cirurgião: JONATAS BRITO ALENCAR NETO

Anestesiologia: \*\* Não Informado \*\*

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

### Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408050268	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO	S

### Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408050268	REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO	S

### Diagnóstico pré-operatório:

LUXACAO DE JOELHO D

### Relatório Imediato do Patologista:

\*\* Não Informado \*\*

### Exame Radiológico:

SIM

### Acidentes e Incidentes:

NAO HOUVE

### Contagem Compressas e Instrumental:

\*\* Não Informado \*\*

### Anestesia | Ocorrências Principais:

R/ANESTESIA

### Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

\*\* Não Informado \*\*

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada

Tipo de Anestesia: Bloco

 JONATAS BRITO ALENCAR NETO  
 ORTOPEDICO CRMO/CE 15.000

 SABEMI SEGURADORA SA  
 14 DEZ 2016  
 RECEBIDO

Paciente: SIRLEY BORGES LIMA	Prontuário: 129186	Dt. Nascimento: 08/02/1977
Clinica: CÉNTRICO CIRÚRGICO	Enfermaria: Sala Cirúrgica	Leito: 04G
Cirurgião: JONATAS BRITO ALENCAR NETO	Anestesiologia: ** Não Informado **	
1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	
Enfermeiro:	Instrumentador:	Circulante:

### DESCRÍÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTEREIS;
3. REDUÇÃO FECHADA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR 350MM EM JOÉLHO D.
4. SUTURA DE PELE + CURATIVO;
5. VERIFICADO PULSO TIBIAL POSTERIOR E PEDIOSO PRESENTES;
6. SOLICITO AVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR;
7. CHECADO REDUÇÃO POR FLUOROSCOPIA



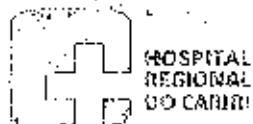
Data \_\_\_\_\_

Assinatura Anestesiologista | CREMEC

Rua Catulo da Paixão Cearense, S/N, Triângulo - CEP 63041-162 - Juazeiro do Norte - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.





# Laboratório de Análises Clínicas

## HRC



Nome Paciente: SIRLEY BORGES LIMA

Mãe: MARIA DE LOURDES BORGES PEREIRA

Nº Pedido: 8578923

Data Nascimento/Sexo: 08/02/1977, F

Médico (a): MARCELO NOGUEIRA LIMA

Origem: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI

Nº Vita: HRC\_704667

Data de cadastro: 18/02/2016 11:08

Prontuário: HRC\_129186

Leito: PREPARO 01

Clínica: CIRC

### COAGULOGRAMA COMPLETO

VALORES DE REFERÊNCIA:

TEMPO DE SANGRAMENTO.....	1:19	1 a 6 min
TEMPO DE COAGULAÇÃO.....	6:11	5 a 10 min
CONTAGEM DE PLAQUETAS.....	230 mil/mm <sup>3</sup>	150 a 450 mil/mm <sup>3</sup>
TEMPO DE PROTROMBINA.....	13 s	
ATIVIDADE.....	96,5 %	
CONTROLE TAP.....	12,2 s	
ENR.....	1,0	Até 1,2
TEMPO TROMBOPLASTINA PARCIAL:	24 s	
RELAÇÃO PACIENTE / CONTROLE:	0,73	0,8 a 1,3
CONTROLE TTPA.....	33,5 s	

Material: Plasma/ Ssange Total

Equipamento: STA Compact

Método: Coagulometro Automatizado

Confirmado (18/02/2016 11:31)

Liberado em (18/02/2016 15:29)

Liberado por CRBM Adson Thiago Tavares Barbosa - 2127

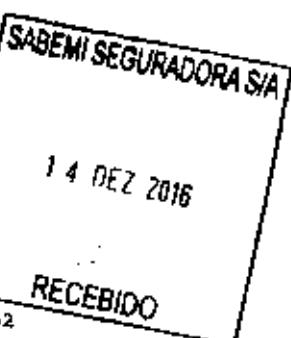
Responsável técnico - Dra. Maísa Mara Leite Macedo

CRM CE - 4828

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n. Bairro: Triângulo, Juazeiro do Norte - CE. CEP: 63.041-162

Telefone: (88) 3566-3600 - Ramal 3794

Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais





HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI

# Laboratório de Análises Clínicas

## HRC



Nome Paciente: SIRLEY BORGES LIMA  
 Mãe: MARIA DE LOURDES BORGES PÉREIRA  
 Nº Pedido: 8578923  
 Data Nascimento/Sexo: 08/02/1977 . F  
 Médico (a): MARCELO NOGUEIRA LIMA  
 Origem: HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI  
 Nº Vita: HRC\_704667

Data de cadastro: 18/02/2016 11:08  
 Prontuário: HRC 129186  
 Leito: PREPARO 01  
 Clínica: CIRC

### HEMOGRAMA COMPLETO

#### SÉRIE VERMELHA

Hemácias....: 4,6 milhões/mm<sup>3</sup>  
 Hemoglobina: 11,5 g/dL  
 Hematócrito: 35,8 %  
 V.C.M.....: 78,2 fL  
 H.C.M.....: 25,1 pg  
 C.R.C.M....: 32,1 g/dL  
 RDW.....: 12,7 %  
 Microcitose.

VALORES DE REFERÊNCIA:  
 4,0 - 5,5  
 11,0 - 15,0  
 33,0 - 46,0  
 60,0 - 98,0  
 27,0 - 33,0  
 31,0 - 36,0  
 11,5 - 15,5

#### SÉRIE BRANCA

Leucócitos.....: 16000 /mm<sup>3</sup>

VALORES DE REFERÊNCIA

3.600 - 11.000/mm<sup>3</sup>

Neutrófilos.....: 91 % 14560  
 Promielócitos....: 0 % 0 0%  
 Mielócitos.....: 0 % 0 0%  
 Metamielócitos...: 0 % 0 0%  
 Bastonetes.....: 1 % 160 1 - 5%  
 Segmentados.....: 90 % 14400 40,0 - 60,0%  
 Eosinófilos.....: 0 % 0 0 - 10%  
 Linfócitos.....: 5 % 800 20,0 - 50,0%  
 Linfócitos Atip.: 0 % 0 0%  
 Monócitos.....: 4 % 640 2 - 10%  
 Basófilos.....: 0 % 0 0 - 1%  
 Outras Células...: 0 % 0 0%

Ausência de granulações tóxicas nos neutrófilos.

VALOR DE REFERÊNCIA:

150 a 450 mil/mm<sup>3</sup>

PLAQUETAS: 230 mil/mm<sup>3</sup>

Plaquetas normais em número.

Equipamento: Symmex XS-1000i

Material: Sanguem Total

Método: Automação

Confirmado (18/02/2016 11:31)

Liberado em 18/02/2016 11:58

Liberado por CRBM ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA - SABEMI SEGURADORA S/A

Responsável técnico - Dra. Maisa Mara Leite Macedo

CRF CE - 4828

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n, Bairro: Triângulo, Juazeiro do Norte - CE, CEP: 63.041-162

Telefone: (88) 3566-3600 - Ramal 3794

Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais  
 e

14 DEZ 2016

RECEBIDO



HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI

ISGH  
ESTADO DO CEARÁ  
CENTRO HOSPITALAR

GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

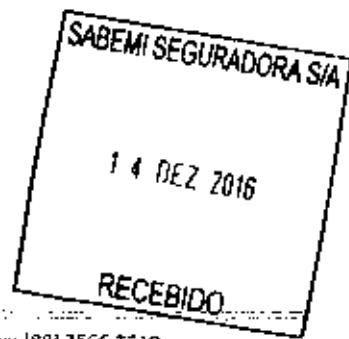
Organização Social mantida com recursos públicos  
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

## ATESTADO MÉDICO

DECLARO PARA OS FINS TRABALHISTAS QUE SIRLEY BORGES LIMA ESTA SENDO  
ACOMPANHADA NESTE HOSPITAL POR LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO COM LEÃO  
LIGAMENTAR(LIGAMENTO CRUZADO POSTERIOR), E ESTA EM REABILITAÇÃO  
FISIOTERÁPICA E AGUARDANDO CIRURGIA. DEVE AFASTAR-SE DO TRABALHO POR  
MAIS 90 DIAS(NOVENTA).

CID: S-83

JUAZEIRO DO NORTE-CE, 20/9/16



ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

Silva B. L.

Paciente com dor  
lumbar e menor  
na T12 L1, necessi-  
tando abster-se  
por 120 dias de  
seus atividades ho-  
bíticas.

CID: M23.5/583.2

DATA:

05/10/16

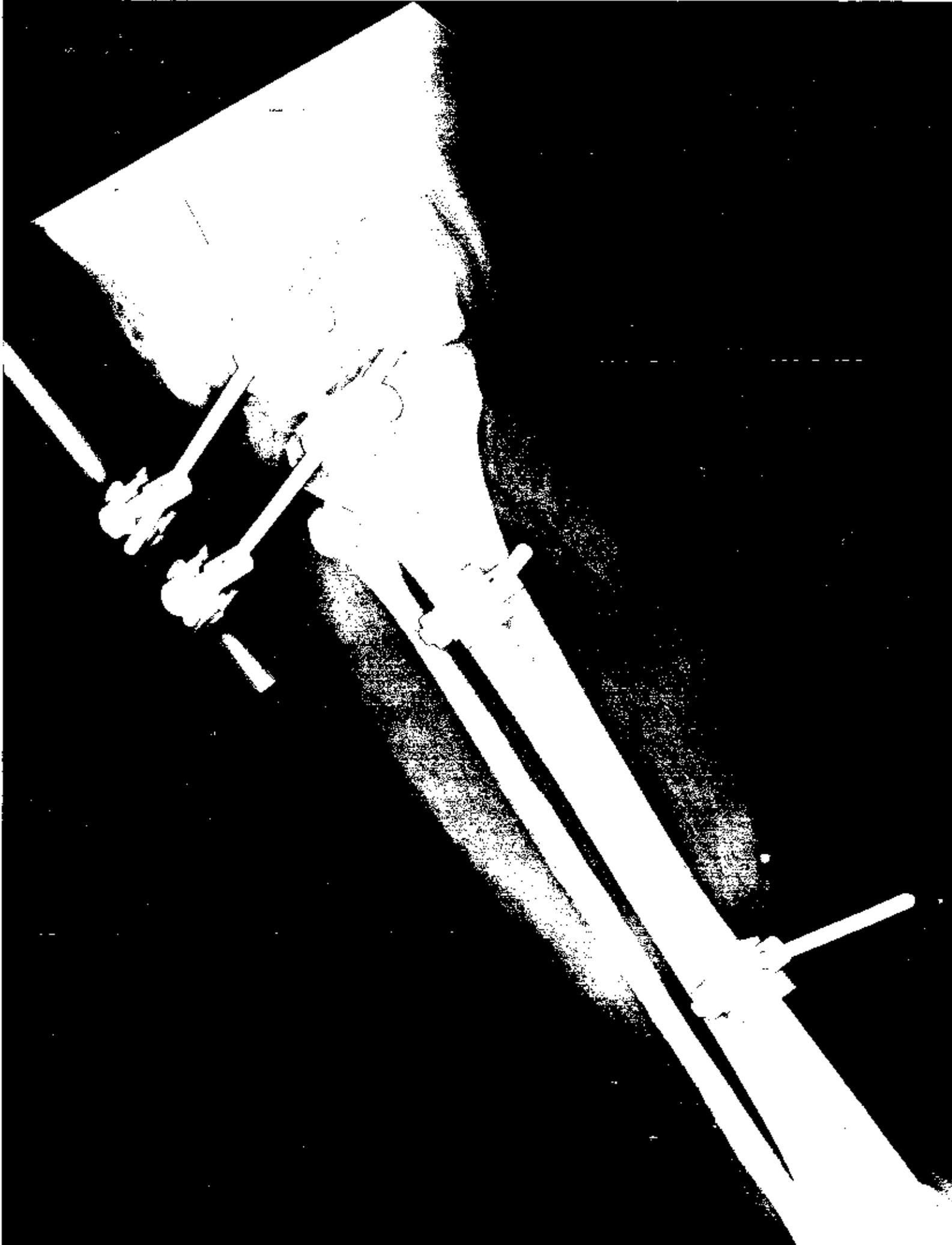
Dr. Thiago Leal

Ortopedista / Fisioterapeuta

Cirurgia (Geral)

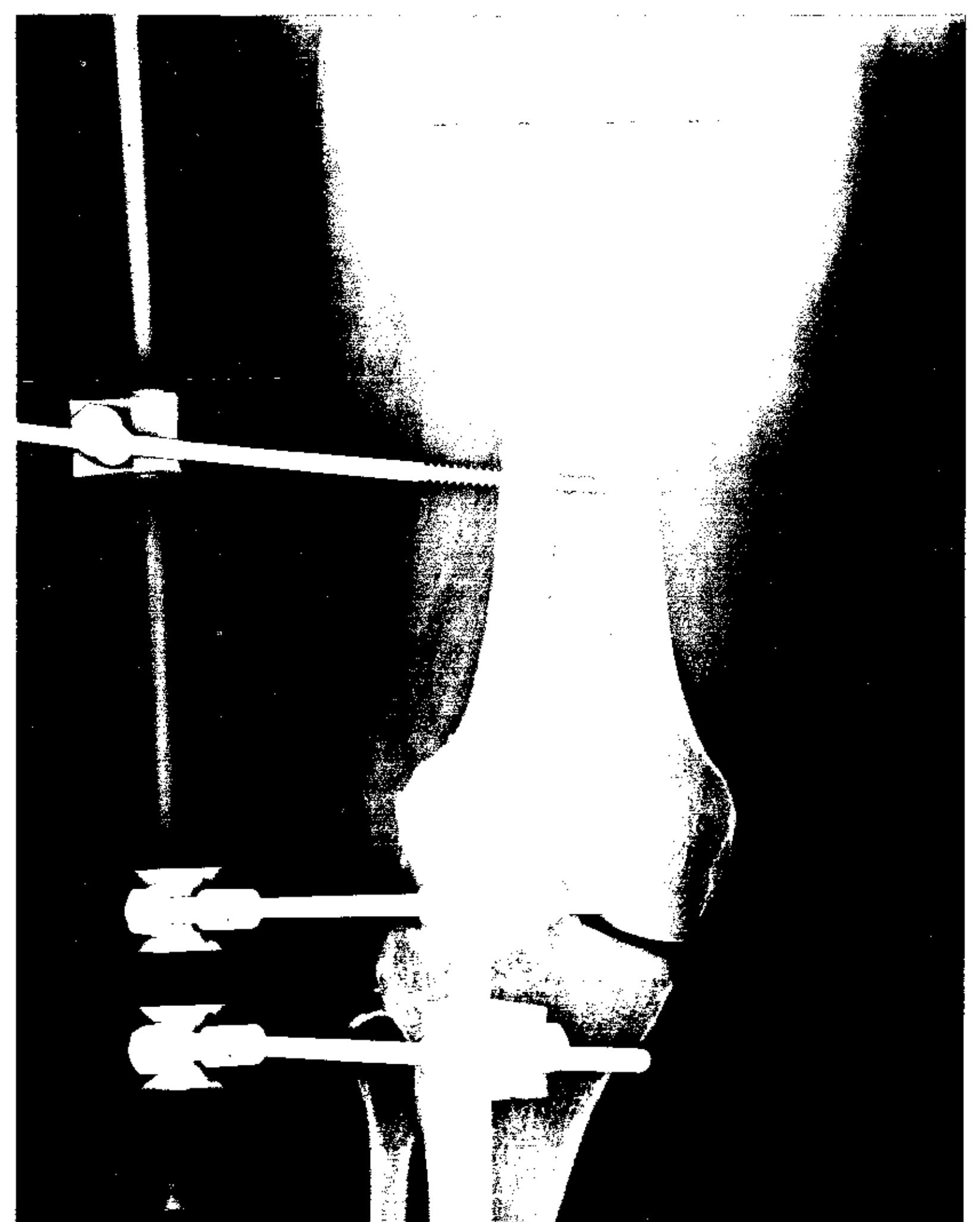
(Hospital Regional do Cariri | Rua Getúlio Vargas, 120 - Bairro: Itaíba | CEP: 62140-000 | Fone: (085) 3124-1521 | CEP: 62100-000 | Fone: (085) 3124-13030)

SABEMI SEGURADORA S/A  
14 DEZ 2016  
RECEBIDO



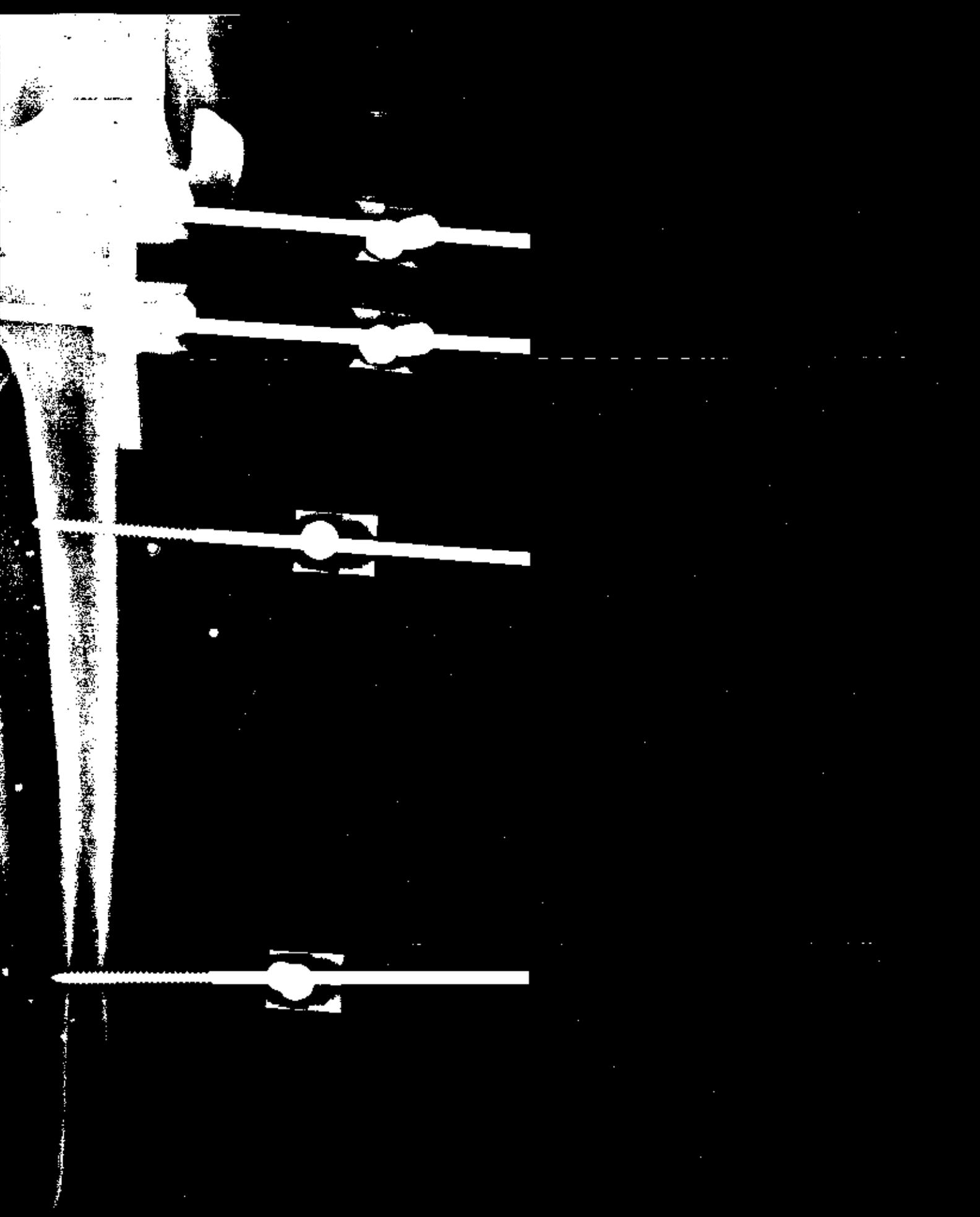
NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.



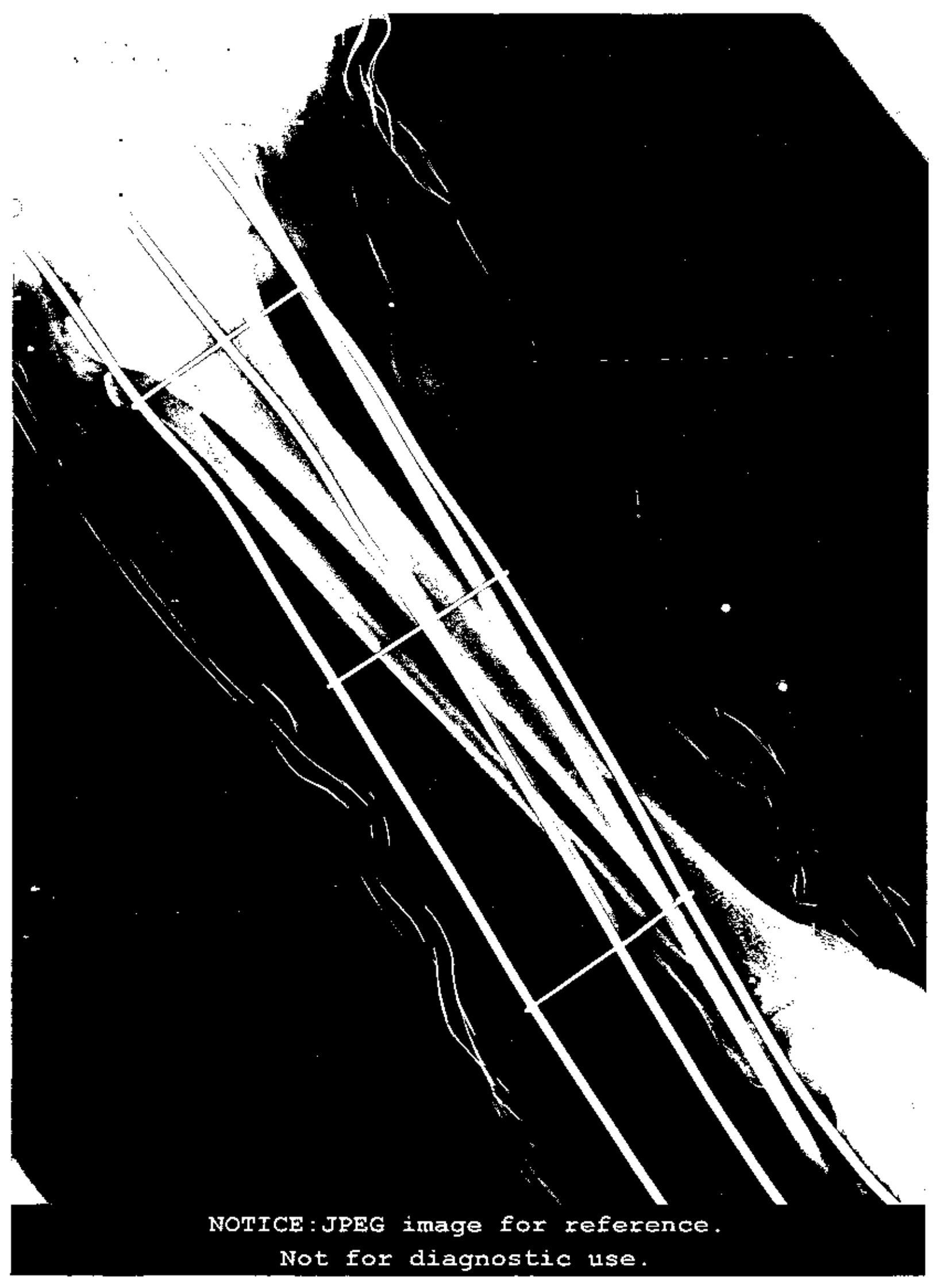
NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.



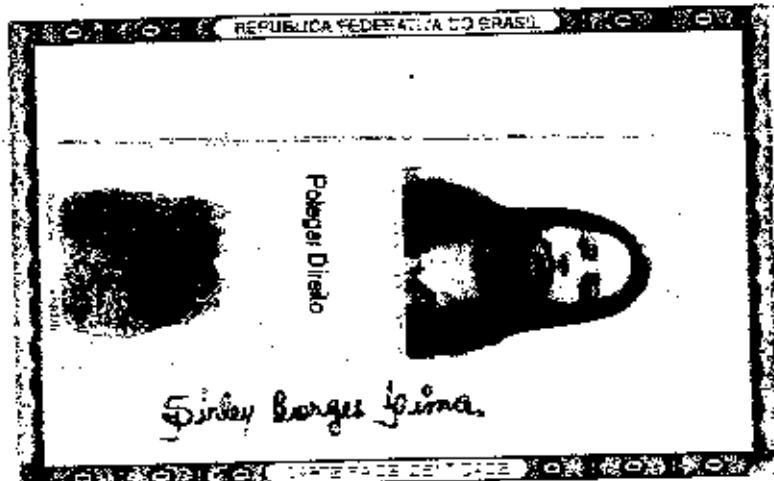
NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.

Not for diagnostic use.



REGISTRO GERAL

95029138368

DATA DE EXPEDICAO

18/12/2013

NAME

SIRLEY, BORGES LIRA

JOSÉ ARAÚJO PEREIRA

MARIA DE LOURDES BORGES PEREIRA

NATURALIDADE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO

08/02/1977

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MARROCOS TERMO: 8.993 FOLHA: 196-V

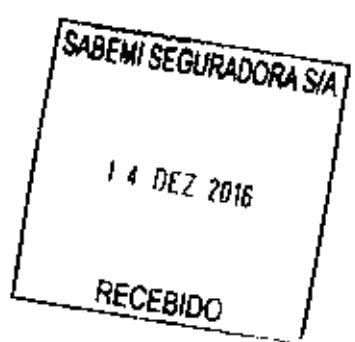
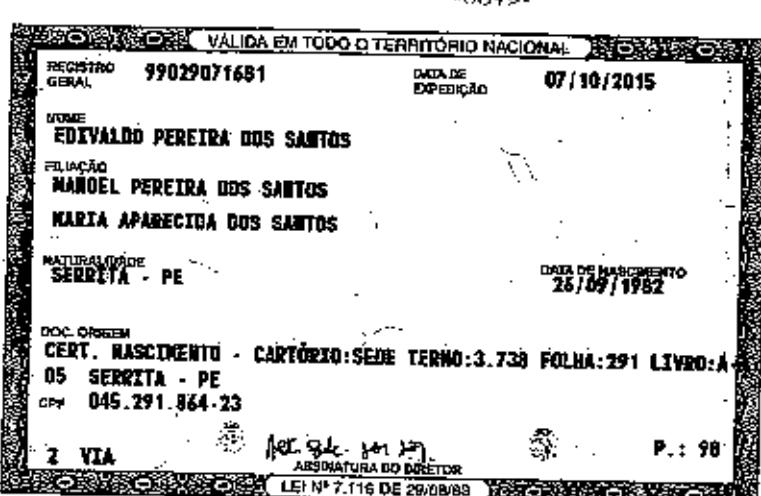
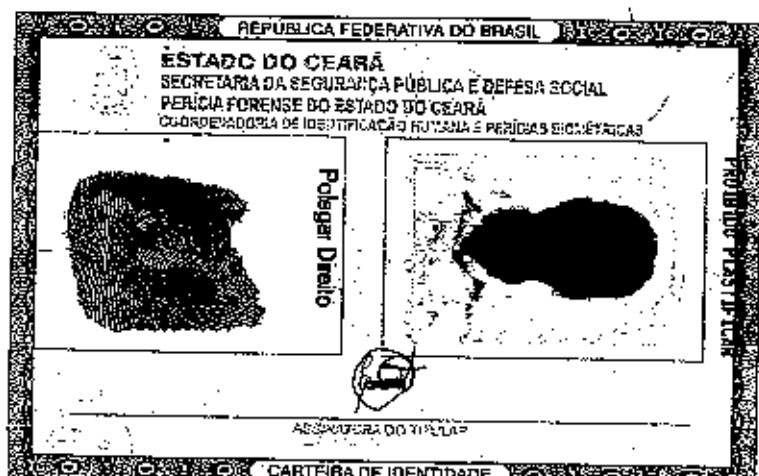
TERMO: 21 JUAZEIRO DO NORTE - CE

812.465.443-04

P.: 98

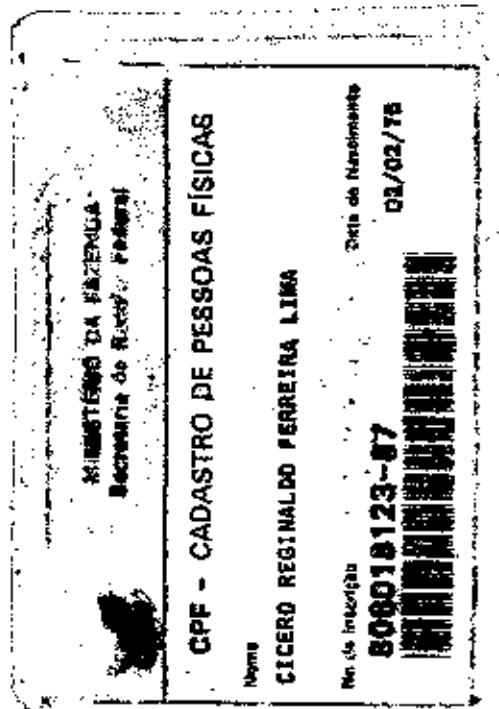
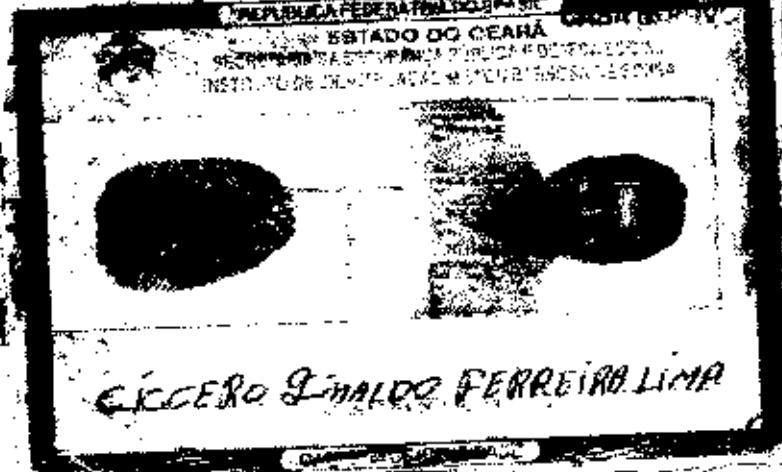
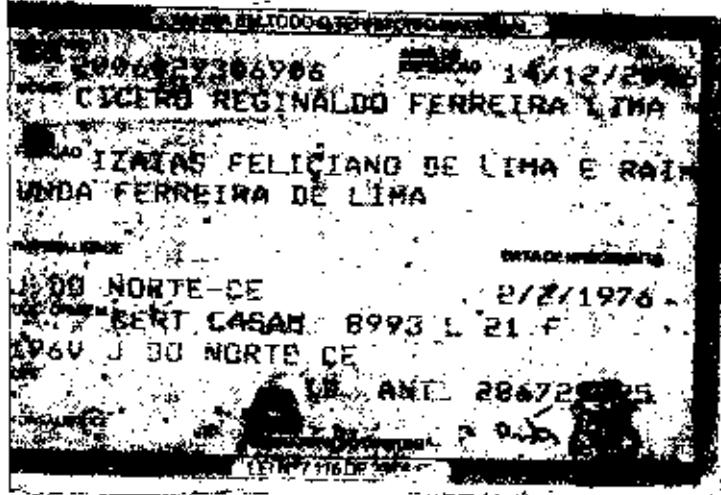
LEIA 2.316 DE 20/03/2013











DADOS DO CLIENTE

Nome: Cícero Reginaldo Ferreira Lima

Endereço: Rua Antônio Soárez da Cunha, 124, Centro, Ceará-Mirim

Estado: JUazeiro

CEP: 62310-970

End. Entrega:

CPF: 021.800-003  
RG: 000-00  
Data de Nascimento: 01/02/76

LEITURAS

Leitura: 021.800-003  
Data: 09/03/2016  
Ler: 000  
Pág.: 000

LEITURAS ANTERIORES

Leitura	Data	Ler	Pág.	Média de Sangue
021.800-003	20/02/2016	000	000	000

DATAS

Última Leitura: 09/03/2016  
Próxima Leitura: 09/03/2016  
Última Leitura: 09/03/2016  
Próxima Leitura: 09/03/2016

QUALIDADE DA ÁGUA (LEIAIS DA REFERENTE A:

IP do Acessório	Unidade	Unidade	Unidade	Unidade
141	141	141	141	141
141	141	141	141	141
141	141	141	141	141

LEITURAS FUTURAS (LEIAIS ADICIONAIS)

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.  
Consumo cobrado pela média de 0 m3.  
RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DETALHAMENTO	VALOR	DETALHAMENTO	VALOR
ÁGUA	12.60	Métrico	00000
JUROS DE 0,0337 R\$ DIA	0,14	AGO/15	0
MULTA DE 22	0,33	SET/15	11
		OUT/15	0
		NOV/15	0
		DEC/15	10
		JAN/16	10
		FEB/16	10
		MAR/16	10

\* Proprietário do veículo  
\* Condutor



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160750178      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SIRLEY BORGES LIMA      **Data do acidente:** 18/02/2016      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 27/12/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERICIA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO QUANTO AS SEQUELAS EXISTENTES.  
AVALIAR LIMITAÇÃO FUNCIONAL.

## DANOS

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

## PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** MARIA TEREZA R DE A AMORIM

**CRM do médico:** 52.31475-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE (Beneficiário)

Procuração  
DUZI

Nome: SIRLEY BORGES LIMA  
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADA  
Profissão: METRONOMA  
Identidade: 95029138368 CPF: 812.465.993-34  
Endereço: ANTONIO SOBREIRA GUERREIRO, 184 Bairro: TRIÂNGULO  
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE CEP: 63046-110

### OUTORGADO (Procurador)

Nome: Edivaldo Pereira dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro  
Profissão: Corretor  
Identidade: 99029071681 CPF: 045.291.864-23  
Endereço: Rua José de Alencar, 329 Bairro: Pirajá  
Cidade: Juaçá - Ceará CEP: 63.034-215

Com este documento particular de procuração, autorizo ao meu procurador representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, para que em meu nome possa efetuar assinaturas nos formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT e para acompanhamento de meu(s) sinistro(s) DPVAT, no entanto esta procuração NÃO oferece poderes para que meu procurador ou qualquer outra pessoa receba a indenização em meu nome.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio **poderes específicos** para representar-me perante a **Seguradora Líder dos consórcios DPVAT** ou qualquer outra Seguradora conveniada ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo para tanto efetuar em meu nome assinaturas nos formulários de Protocolo de Recepção de Documentos, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, Declaração de Ausência de Laudo do IML e demais documentos e formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo ainda acompanhar meu sinistro perante qualquer Seguradora, requerer e assinar em meu nome o que necessário for, enfim praticar todos os atos de direito, permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vítima, Sirley Borges Lima.

Local e data:

JUAZEIRO DO NORTE 29 de SETEMBRO de 2016

*SABEMI SEGURADORA S/A*

Sirley Borges Lima  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)

14 DEZ 2016

RECEBIDO

3º OFÍCIO

Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade



CV

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO  
Rua São Pedro, 781 - Centro - Juazeiro do Norte-CE - CEP: 63010-010  
Fone: (88) 3311-4078 / 3381-1857 - [www.cartorioviana.com.br](http://www.cartorioviana.com.br)  
Bcrf: Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Juiz

Reconheço (PELO AUTENTICIDADE) a firma de: SIRLEY BORGES  
LIMA. DOU FÉ. Juazeiro do Norte-Ceará, 29/09/2016.

Diego Horacio Rodrigues Soares

ISSN 010111 0 00

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160750178      **Cidade:** Juazeiro do Norte      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SIRLEY BORGES LIMA      **Data do acidente:** 18/02/2016      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO

**Descrição do exame** APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR EM Perna DIREITA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO  
**médico pericial:** DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA E FISIOTERAPIA. ENCONTRA-SE DE ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/01/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM MEMBRO DEVIDO A REPERCUSSÃO NA MARCHA

**Médico examinador:** RENAN DE ALMEIDA SILVA

**CRM do médico:** 12076

**UF do CRM do médico:** CE

## 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** DORES MENDES B C MENDES

**CRM do médico:** 52.25889-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**