

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 início 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,

**Seguradora Líder-DPVAT**



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 início 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 nº: 10350844

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.: 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:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

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 Vitimas 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 complicação.

#### 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

#### MEMBRO INFERIOR DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 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



Seguradora  
**LÍDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

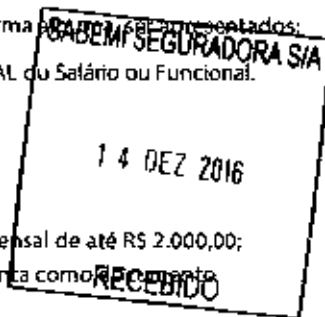
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Dirley Borges Lima  
PORTADOR(A) DO RG Nº 950129138368 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 18/12/13 E  
CPF 812465443-39 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO autônoma  
E RENDA MENSAL DE R\$ Recurso NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como depósito comprovatório 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

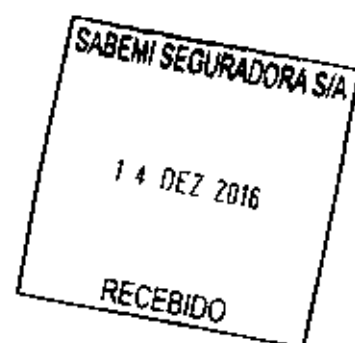
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Quazeiro, 30 de Novembro de 2016 LOCAL E DATA  
Dirley 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.





Bradesco

Dia & Noite

GBR - Bradesco Dia e Noite  
Transferência - PL 17/ PL

Data 26/10/2016 Hora 00:42 Fera 053386  
R.Trans 0252 Banco 237 Agência 0456  
Conta 1008368-9 Valor 1,00

Favorecido:  
Ranco 237  
Agência 456 / JI02.D0 N000, CENTRO  
Conta 1002272-0

Titular: STIRLEY BORGES PEREIRA

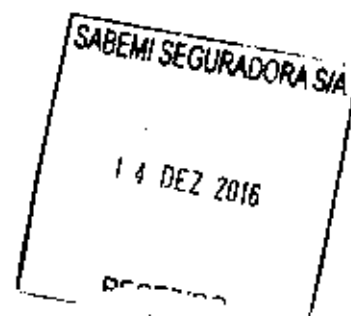
Nome: EDIVANIO PEREIRA DOS SANTOS  
Tipo/Conta: 00 Via/Conta: 00

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

Atto Bradesco  
CAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Resoluções e Informações  
0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0000  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ovidualis - 0800 722 5933  
Atendimento de Segunda a Sexta-feira das  
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha um bom dia





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 15444 / 2016

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/10/2016 07:19:02**  
Data / Hora da Ocorrência: **18/02/2016 07:48:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA VALDOMIRO DE BRITO**  
Complemento:  
Bairro: **TRIANGULO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **SIRLEY BORGES LIMA**  
Nascimento: **08/02/1977** CPF: **812.465.443-34**  
RG: **95029188368** Orgão Emissor: **SSP-CE** UF:  
Filiação: **MARIA DE LOURDES BORGES PEREIRA**  
**JOSE ARAUJO PEREIRA**  
Endereço: **RUA RUA ANTONIO SOBREIRA GUEDES, 184**  
Bairro: **TRIANGULO** CEP: **63.000-000**  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 3571-1826**

**Notificante(s)**

Nome: **CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA**  
Nascimento: **02/02/1976** CPF:  
RG: **2006029306906** Orgão Emissor: **SSP**  
Filiação: **RAIMUNDA FERREIRA DE LIMA**  
**IZAIAS FELICIANO DE LIMA**  
Endereço: **RUA ANTONIO SOBREIRA GUEDES, 184**  
Bairro: **TRIANGULO** CEP:  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **RECEBIDO**

**Histórico**

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS NOS ARTIGOS 340 E 342, AMBOS DO CPB, RELATA O NOTICIANTE CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA QUE CONDUZIA A MOTO HONDA BIZ 125, DE PLACA OSV 6014, RENAVAL DE Nº 00505784943, CHASSÍ Nº 9CZJC4820DR523243, LICENCIADA EM NOME DE CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA, TENDO COMO GARUPEIRA A SUA ESPOSA: SIRLEY BORGES LIMA, NA RUA VALDOMIRO DE BRITO, QUANDO REPENTINAMENTE UM VEICULO FIAT PALIO DE PLACA NÃO ANOTADA QUE DESLOCAVA NA RUA JOSÉ BERNARDO DA SILVA, AVANÇOU A PREFERENCIA DA RUA VALDOMIRO DE BRITO COLIDINDO NA MOTO DO NOTICIANTE, ONDE AMBOS FORAM AO SOLO, ONDE A PASSAGEIRA SIRLEY BORGES LIMA SOFREU FRATURA NO JOELHO DIREITO E ESCORIAÇÕES PELO CORPO. QUE A VITIMA SIRLEY BORGES LIMA FORA SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DO SAMU AO HRC, ONDE TEVE ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O NOTICIANTE SOFRERA APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. QUE A PRESENTA COPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: RG. CPF. CRLV. COMPROVANTE DE ENDEREÇO. CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC E PRONTUÁRIO DE Nº 129186. E NADA MAIS DISSE.////





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

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

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

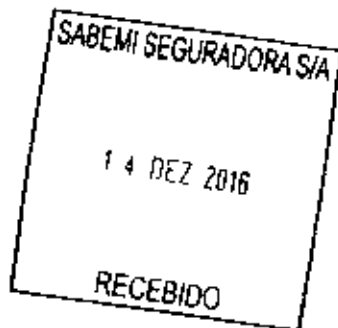
**FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**\* CICERO LANDIM F LIMA**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

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

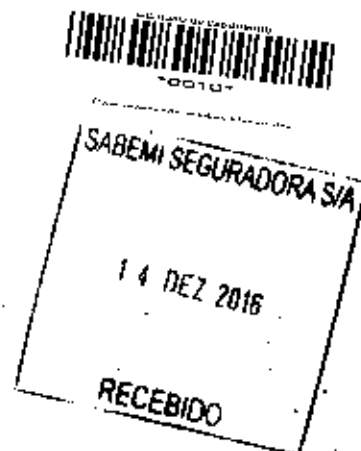


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



# 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 ã 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 de 1976 profissão Comerciante domiciliado e residente Juazeiro do Norte-Ce

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 de 1977 profissão Recepcionista domiciliada e residente Juazeiro do Norte-Estado do Ceará

O casamento foi celebrado no dia 30 do mês de Abril de 1999 perante Dr. A. D. H. O. C. Valdelice Araújo Pereira Aleixo

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

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  
TENTECIDADE

67.03

500

025

7728

975.459

SÉLO - Nº -

O referido é verdade. Dou fé.

Distrito de Marrocos, 30 de Abril de 1999.

O Oficial do Registro Civil

ARTURIO MARROCOS

*Francisco de Assis Calou*  
Substituto

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Sirley Borges Lima, 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 Pobreira Guedes, 184 Cidade Juazeiro Estado Ceará declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (x) 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.

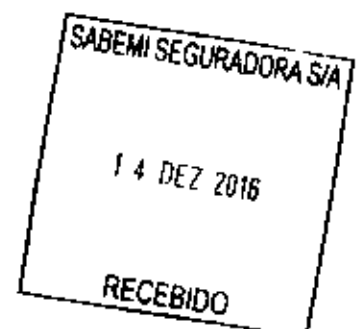
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sirley Borges Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Juazeiro, ce 30/11/2016

Local e data





GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



SAMU  
192




## CERTIDÃO NARRATIVA

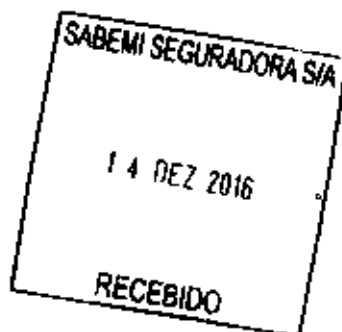
**CERTIFICA**, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento à Sra. **SIRLEY BORGES LIMA**, portadora do RG Nº 95029138368 e inscrita no CPF sob o Nº 812.465.443-34, no dia 18/02/2016, às 7h48min, no 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](mailto:samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br)  
Ouvidoria do SAMU: [ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br](mailto: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: 000001002272-0

Nr. Autenticação

BRADESCO120120170500000000023700456000001002272236250 PAGO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Sirley Borges Lima

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

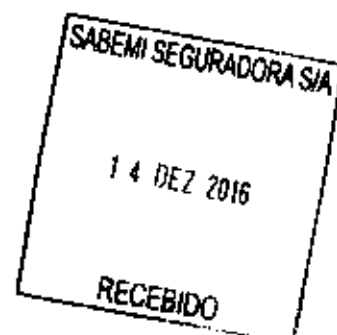
CPF nº 812.465.443-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Antônio Pobreira Guedes,</u>
Número	<u>184</u>
Apto / Complemento	<u>— II —</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>— II —</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Sirley Borges Lima



SABEMI SEGURODORA S/A  
14 DEZ 2016  
RECEBIDO



Nº da Conta: 0202294684  
Mês de referência: 10/2016  
Período: 02/09/2016 a 01/10/2016  
Data de emissão: 04/10/2016

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

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

Fale conosco: Central de Relacionamento  
0800 ou [www.vivo.com.br/faleconosco](http://www.vivo.com.br/faleconosco)

Telefônica Brasil S.A.  
Av. Senador Virgílio Tereza, 1001  
CEP 80170-250 - Fortaleza CE  
IE: 08.088877-8  
CNPJ Matriz: 02.568.157/0001-62  
CNPJ Filial: 02.568.157/0011-34

Vencimento  
17/10/2016

Total a Pagar - R\$  
38,26

Seus Números Vivo  
88-3512-4870

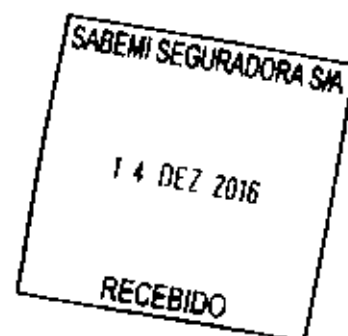
Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

#### Vivo Valoriza

Saldo de pontos acumulados: 1.820  
Na data de: 20/09/16  
Saldo referente a conta 0202294684 no  
Vivo Valoriza. Para saldo at: ol, envie SMS  
com a palavra SALDO para 6711.

Planos Analis  
PA - 112 - VIVO FIXO LIMITADO

O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Vel - Total R\$
<b>Serviços Contratados</b>						
<b>VIVO FIXO</b>						
VIVO FIXO LIMITADO	1	1	34,99	-	-	34,99
MINUTOS LOCAIS FY FIXO OUTRA	-	-	0,00	300 min	02m00s	-
MINUTOS LOCAIS FY FIXO VIVO	-	-	0,00	10 min	-	-
SEGUTOS FY FAVORITOS	-	-	0,00	10...50 min	-	-
TORPEDO SMS FY VIVO	-	-	0,00	1.000	-	-
<b>Subtotal</b>						<b>34,99</b>
<b>Utilização Acima do Contratado</b>						
Ligações de Longa Distância					03m30s	0,00
<b>Subtotal</b>						<b>0,00</b>
<b>Serviços Utilizados em Períodos Anteriores</b>						
Ligações Locais					08m54s	1,88
<b>Subtotal</b>						<b>1,88</b>
<b>Outros Lançamentos</b>						
Encargos Financeiros						1,29
<b>Subtotal</b>						<b>1,29</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>						<b>38,26</b>







## DECLARAÇÃO

Circular Sussep 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 Edivaldo Pereira dos Santos, 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) Sirley

Borges Lima do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

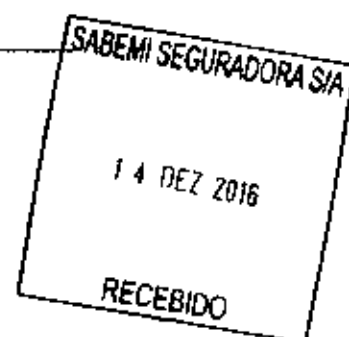
da vítima Sirley Borges Lima, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: condutor Renda Mensal: R\$ Recurso pecuniário

Documentos comprobatórios: Recurso dedução

  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## Declaração do Proprietário do Veículo Motocicleta

Eu, CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA,  
RG nº 2006029306906, data de expedição 14/12/2006 Órgão SSP/CE  
portador do CPF nº 806018123-87, com domicílio na cidade de  
JUAZEIRO DO NORTE, no Estado de CEARÁ,  
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) ANTONIO SOBRINHO  
BUENOS, 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 SIRLEY  
BORGES LIMA, cujo o condutor no momento do  
acidente era CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA BIZ 125 ES  
Ano: 2013 / 2013  
Placa: 05V 6044 CE  
Chassi: 9C27C4820 DR 523243  
Data do Acidente: 18/02/2016

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE CE 29/09/2016

CICERO REGINALDO F. LIMA  
(Assinatura do Declarante)

3º OFÍCIO

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



Cv

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a Firma de: CICERO  
REGINALDO FERREIRA LIMA DOU FE. Juaazeiro do  
Norte-Ceará, 29/09/2016

Diego Horácio Rodrigues Soares

RSS: 001111 0 001



## FICHA DE ATENDIMENTO



<b>IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO</b>	
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: TRIANGULO	
Endereço: RUA ANTONIO SOBREIRA GUEDES 184	

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

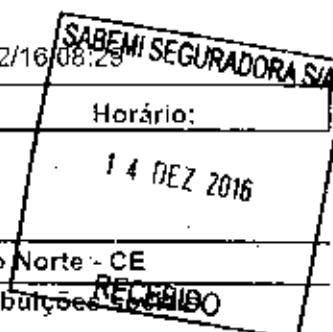
<b>ATENDIMENTO</b>	
Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES	CRM: 15536
Nº Atendimento: 310879	P.A.: Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II	
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NÃO ESPECIFICADOS	
Comorbidade: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

### EXAME

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

### PRESCRIÇÃO

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES	CRM: 15536	18/02/16 08:29
Prescrição		Horário:



**PRESCRIÇÃO**

Médico: DAISY TEIXEIRA DE MENEZES

CRM: 15536

18/02/16 08:29

Prescrição	Horário:
CETOPROFENO- 01 AMPOLA + SF0,9% 100ML, EV, 12/12H	24
TRAMAL- 01 AMPOLA + SF0,9% 100ML, EV, 8/8H	10 18 08
DIPIRONA-01 AMPOLA + AD, EV, 6/6H	09 15 24
SF0,9% 500ML, EV, 12/12H	
DIETA ZERO	

**ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL**

☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2016

RECEBIDO

NOME: SIRLEY BORGES LIMA

PRONTUÁRIO: 129186

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

### 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 seqüências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T1, T2 e Densidade de Prótons com FAF SAT.

#### ANÁLISE:

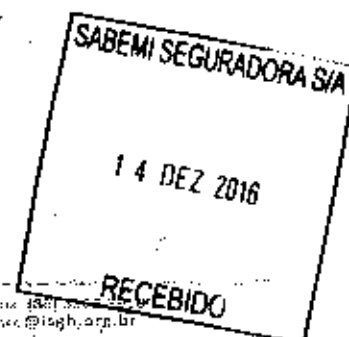
- Discreta fratura em margem anterior do platô tibial lateral, com edema ósseo medular adjacente, sem sinais de afundamento.
- Alteração de sinal tipo edema em platôs tibiais lateral e medial.
- Infiltração edematosa difusa em planos mioadiposos periarticulares do joelho.
- Alteração do sinal (hipersinal) 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 íntegros.
- Traços irregulares de hipersinal em corno posterior do menisco medial que atingem a superfície articular.
- Traços irregulares de hipersinal em corno 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 edematosa 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



## 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) 988248407  
Endereço: RUA ANTONIO SOBREIRA GUEDES 184      Bairro: TRIANGULO      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 lcp íntegro e lesão meniscal em joelho direito  
não foi descrito lca  
fisioterapia

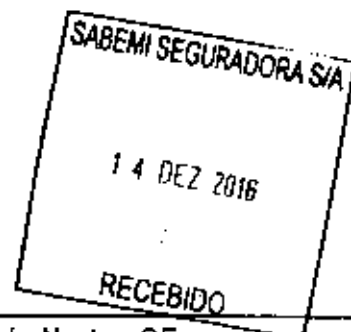
### EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

### PRESCRIÇÃO

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

Dr. Thiago Leal  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10498-2007-1300



## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: SIRLEY BORGES LIMA  
Endereço: RUA ANTONIO SOBREIRA GUEDES 184  
Bairro: TRIANGULO  
CEP: 63010-000

Prontuário: 129186  
Idade: 39 ano(s) 0 mes(es) e 13 dia(s)  
UF: CEARÁ Sexo: Feminino  
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

Localização  
Clínica: TRAUMATO-  
Internação: 18/02/2016

Enfermaria: 06  
18:39 Alta: \* Não Informado \* \* Não Informado

Leito: 424

### Relatório

Tipo de Saída: Alta

### Resumo Clínico

LUXAÇÃO JOELHO DIREITO. TRATAMENTO CIRURGICO

### Exames Realizados

OS NECESSARIOS

### Terapêutica Utilizada

CAÇÃO EXTERNA

### Diagnóstico

S831 - LUXACAO DO JOELHO

Cancelada

Não

## 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!!!

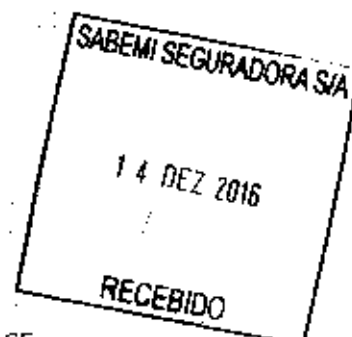
### Responsável

Médico: SAMIR SAMAN FILHO

Data: 21/02/2016

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

DR. Samir Saman Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - CE 12.345 / TEOT 13.892



## Relatório de Cirurgia

Paciente: SIRLEIY 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/ QUIANESTESIA

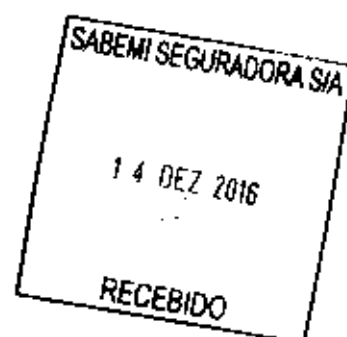
Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

\*\* Não Informado \*\*

Grau de Contaminação: Potencialmente Contaminada

Tipo de Anestesia: Bloqueio

Jonatas B. A. Neto  
Otorrinolaringologista  
CRM - CE 18.570  
TEC 1427





Paciente: SIRLEY BORGES LIMA

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

Clínica: CENTRO CIRÚRGICO

Enfermaria: Sala Cirúrgica

Leito: 04G

Cirurgião: JONATAS BRITO ALENCAR NETO

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

1º Auxiliar: \*

2º Auxiliar:

Enfermeiro:

Instrumentador:

Circulante:

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

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

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



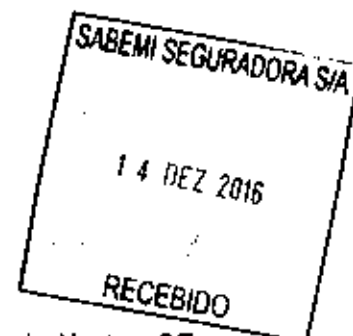
Jonatas B. Alencar Neto  
CRM 41100-0  
ORÇ. 13.130.000  
TEL 3314.2711

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.





HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI

## Laboratório de Análises Clínicas HRC



ISGH  
INSTITUTO DE SAÚDE E  
GUSTAVO HOSPITALAR

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	
INR.....	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/ Sangue Total

Equipamento: STA Compact

Método: Coagulométrico Automatizado

Confirmado (18/02/2016 11:31)

Liberado em (18/02/2016 15:25)

Liberado por CREM AdsonThiago Tavares Barbosa - 2127

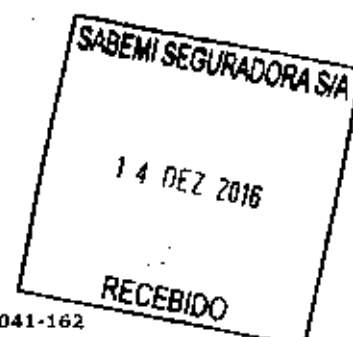
Responsável técnico - Dra. Maísa Mara Leite Macedo

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





HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI

# Laboratório de Análises Clínicas HRC



ISGH  
INSTITUTO DE SAÚDE E  
GESTÃO HOSPITALAR

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 701  
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.H.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  
Mielócitos.....: 0 %      0  
Metamielócitos..: 0 %      0  
Bastonetes.....: 1 %      160  
Segmentados.....: 90 %      14400  
Eosinófilos.....: 0 %      0  
Linfócitos.....: 5 %      800  
Linfócitos Atíp.: 0 %      0  
Monócitos.....: 4 %      640  
Basófilos.....: 0 %      0  
Outras Células...: 0 %      0

0%  
0%  
0%  
1 - 5%  
40,0 - 60,0%  
0 - 10%  
20,0 - 50,0%  
0%  
2 - 10%  
0 - 1%  
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: Sysmex XS-1000i

Material: Sangue Total

Método: Automação

Confirmado 11/02/2016 11:31

Liberado em 11/02/2016 11:58

Liberado por CREM ADRIANO ANTONIO DE OLIVEIRA - 3566

*[Assinatura]*

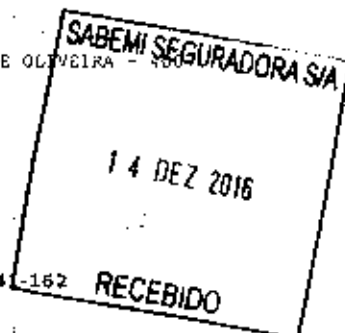
Responsável técnico - Dra. Maísa Mara Leite Macedo

CRF CE - 4828

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

Teléfono: (88) 3566-3600 - Ramal 3794

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





HOSPITAL  
REGIONAL  
DO CARIRI



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ

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

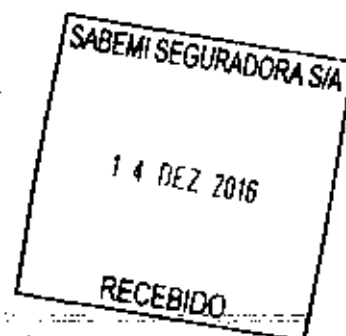
## ATESTADO MÉDICO

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:

Sirlene B. Lima

Paciente com lesão  
ligamentar e meniscal  
em Tornozelo D, neces-  
sitando abster-se  
por 120 Dias de  
suas atividades de  
trabalho.

CID: M23.5/S83.2

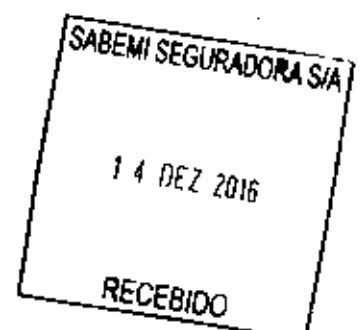
DATA:

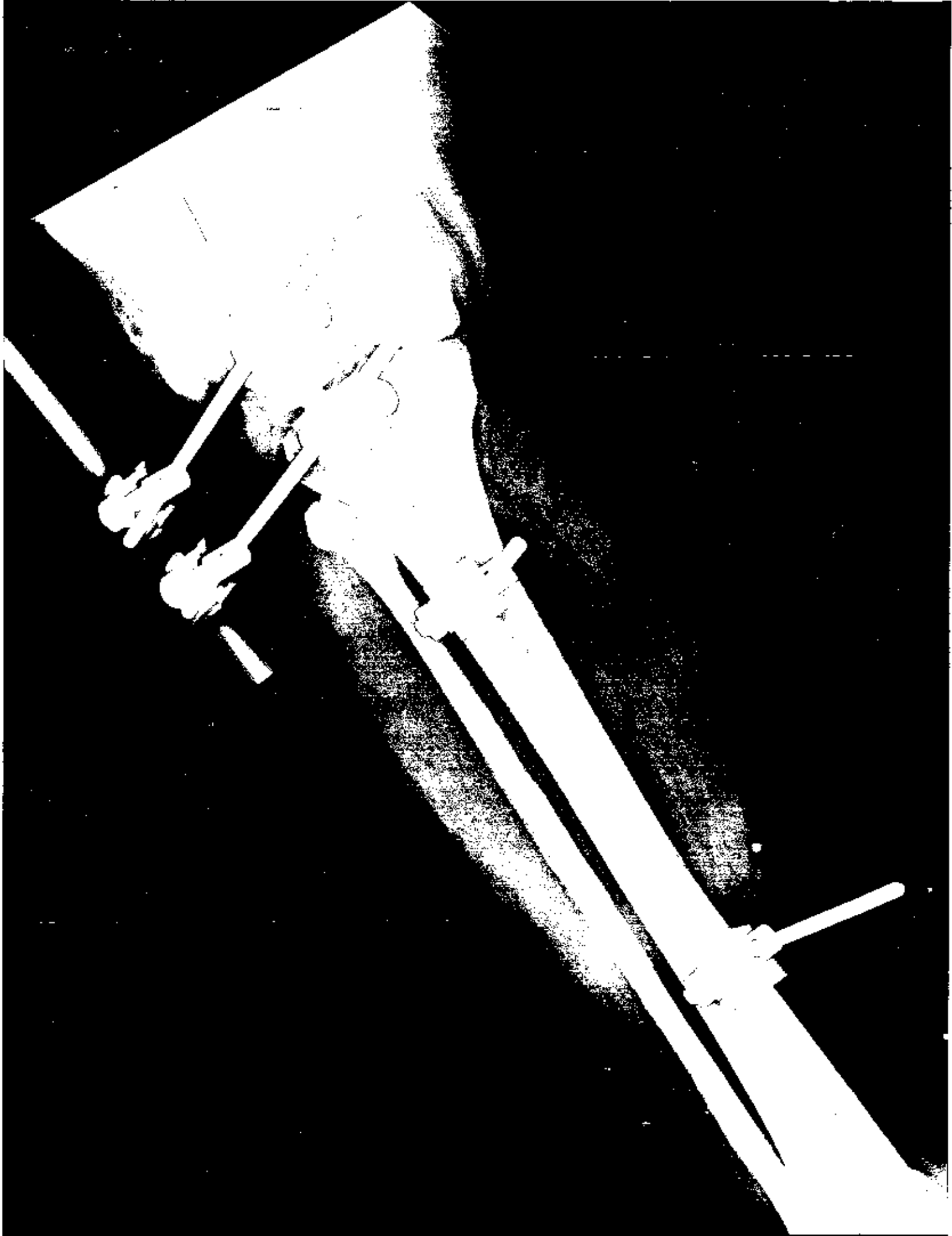
05/10/16

Dr. Thiago Leal

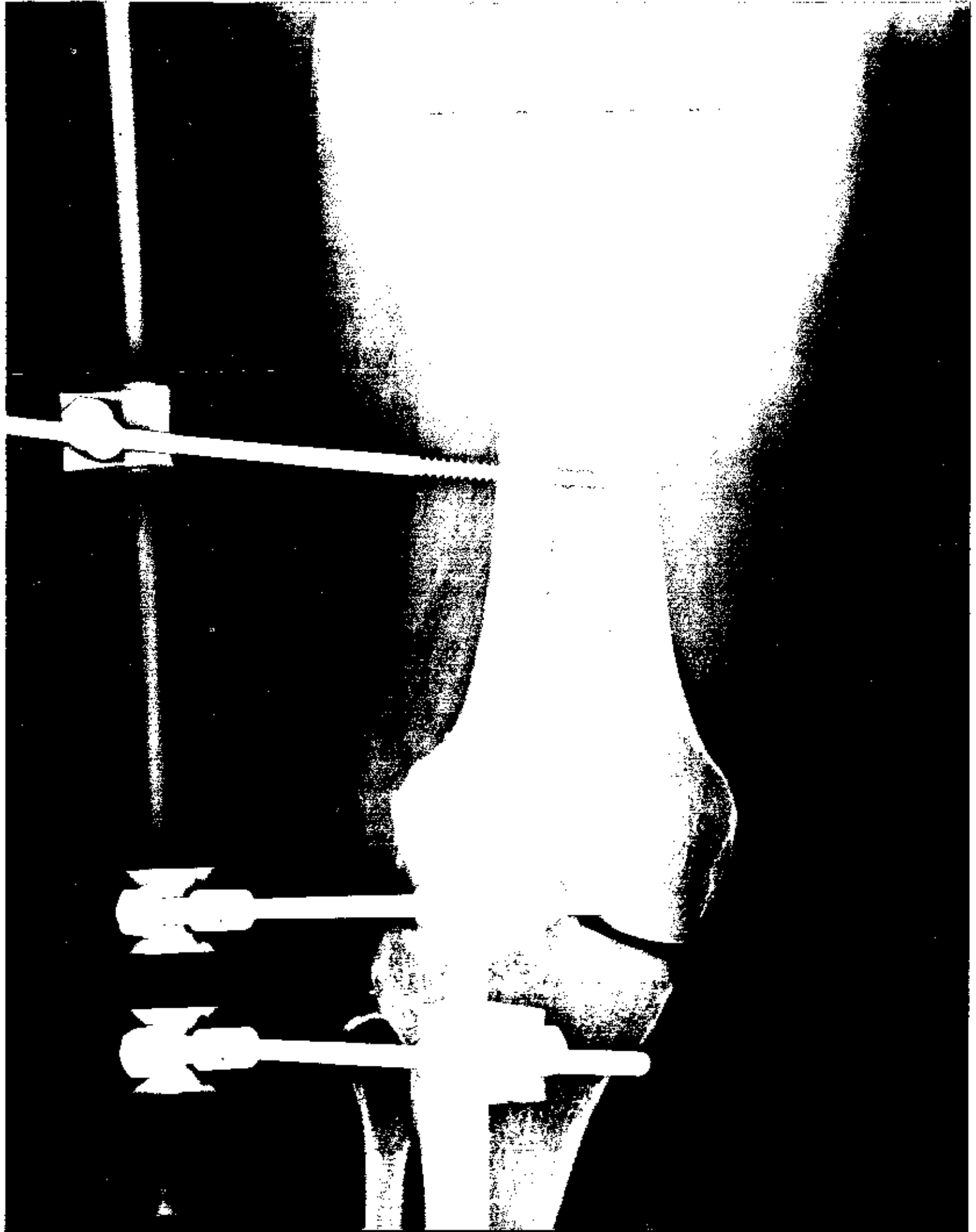
Ortopedia e Traumatologia  
Clínica e Cirurgia

Hospital Regional do Cariri | Rua Celso da Paixão, 100 - Centro - São José do Bonfim - Ceará - CEP: 63.500-000

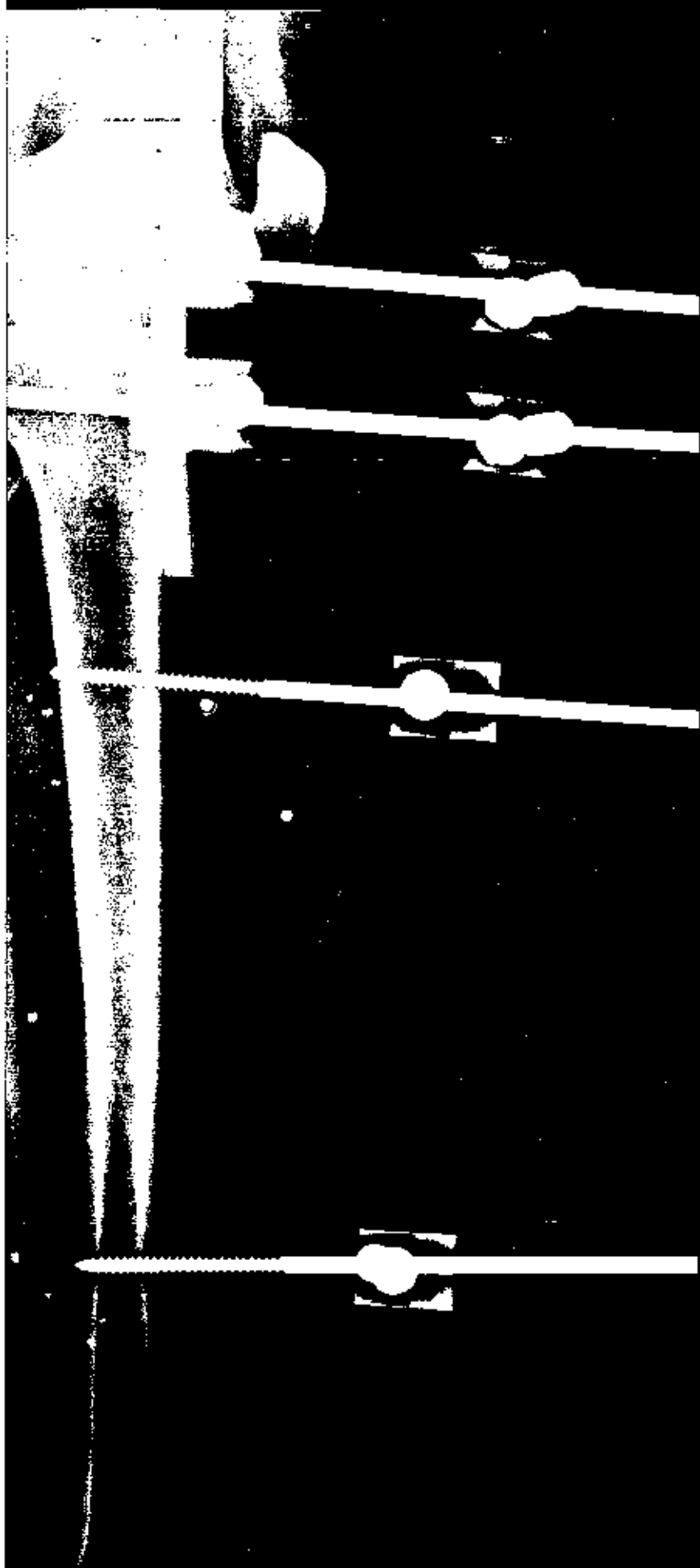




NOTICE:JPEG image for reference.  
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.  
Not for diagnostic use.

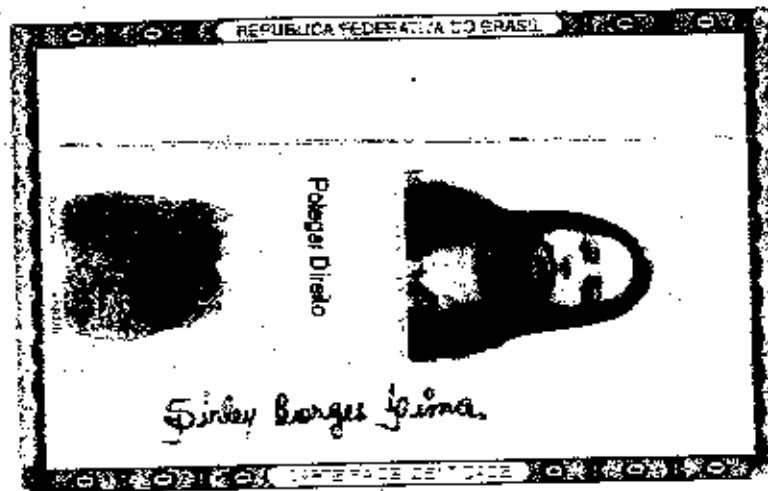


NOTICE: JPEG image for reference.  
Not for diagnostic use.





NOTICE: JPEG image for reference.  
Not for diagnostic use.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 95029138368 DATA DE EXPEDICAO 18/12/2013

NOME

STIRLEY BORGES LIMA

JOSÉ ARAÚJO PEREIRA

MARIA DE LOURDES BORGES PEREIRA DATA DE NASCIMENTO 08/02/1977

NATURALIDADE

JUAZEIRO DO NORTE - CE

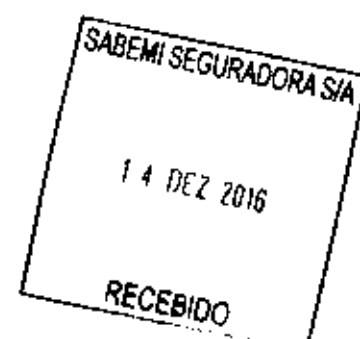
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: MARROCOS TERMO: 8.993 FOLHA: 196-V

21 JUAZEIRO DO NORTE - CE

812.445.443-34

P. 98

LEI N 2.116 DE 20/03/62





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

**Polgarr Direito**

**PROBILIS PLASTIDILIC**

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 99029071681 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/10/2015

NOME  
**EDIVALDO PEREIRA DOS SANTOS**

FILIAÇÃO  
**MANOEL PEREIRA DOS SANTOS**  
**MARIA APARECIDA DOS SANTOS**

NATURALIDADE  
**SERRITA - PE**

DATA DE NASCIMENTO  
**26/09/1982**

DOC. ORGEM  
**CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 3.738 FOLHA: 291 LIVRO: A**  
**05 SERRITA - PE**  
CPF: 045.291.864-23

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/88

P.: 98

SABEMI SEGURADORA S/A

14 DEZ 2016

RECEBIDO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - DE Nº 012457830550  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
PPT 01 00565784943 1000000000 2015

CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA  
JUAZEIRO DO NORTE

00565784943 78-5014-00

00565784943 78-5014-00

FAS/MOTONETA NAC AP 12.3 25000 ALCO

MARCA/MOT. 12.3 2013 2013

CAP. POT. OIL 2P/00V/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA  
FAS/LPVA PARCELAMENTO COTA ÚNICA  
PREMIO TARIFARIO (R\$) 129,04 14,34 143,38

PREMIO DO BILHETE (R\$) 4,15 1,11 292,01

OBSERVAÇÕES  
JUAZEIRO DO NORTE 24/02/2016

JUAZEIRO DO NORTE 24/02/2016

João Ponte  
Superintendente

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012457830550 BILHETE DE SEGURO DPVAT



ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.dpvatsegurodotransito.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 24/02/2016

01 80601812387 05V6014

00565784943 MOTONETA 125 ES

2013 09 9C2JC4820DR523243

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)  
129,04 14,34 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 1,11 292,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 22/02/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04  
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: JC48E20523243 00980



SABEMI SEGURADORA S/A  
14 DEZ 2016  
RECEBIDO

200427386986 14/12/2016  
**CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA**  
 IZAIAS FELICIANO DE LIMA E RAIMUNDA FERREIRA DE LIMA  
 2/2/1976  
 BERT. CASAN 8993 L 21 F  
 2960 J DO NORTE DE  
 ANE 28672025

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DE AGRICULTURA, Pecuária e Pesca  
 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO RURAL  
**CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA**

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria do Ror, Federal  
**CPE - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**  
**CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA**  
 Data de Nascimento: 02/02/76  
 CPF: 808018123-87

Cagece

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
 Secretaria da Cidadania

022140506

DADOS DO QUENTE  
 Nome: CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA  
 End. Locat: RUA ANTONIO SOBREIRA QUEDES- 224- LIND. M. GONZAGA  
 Cidade: JUAZEIRO  
 CEP: 67110-970  
 End. Entrega:  
 Qntd:  
 Local: 021, 003, 0141, 0007, 0000  
 Sublocal: 00, Sublocal: 00

CONTATOS  
 End. Locat: 000, 000, 000, 000

ENDEREÇO DE ENTREGA  
 End. Locat: 000, 000, 000, 000  
 End. Locat: 000, 000, 000, 000

DADOS  
 Locat. Antec: 09/08/2016, Locat. Antec: 09/08/2016, Locat. Antec: 263109-1  
 Locat. Antec: 11/07/2016, Locat. Antec: 09/09/2016, Locat. Antec: 09/09/2016

QUANTIDADE DA ÁGUA ENTREGUE REFERENTE A:

Período	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
Período	144	144	144	144	144
Período	144	144	144	144	144
Período	144	144	144	144	144

AGRADECIMOS SUA PONTUALIDADE. ÁGUA TRATADA E SADE.  
 Consumo cobrado pela media de 0 m3.  
 RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

PERÍODO DE ENTREGA

Período	Quantidade	Quantidade	Quantidade
Período	0.14	0.14	0.14
Período	0.33	0.33	0.33

\* Proprietário do veículo  
 \* Condutor

SABEMI SEGURADORA S/A  
 14 DEZ 2016  
 RECEBIMOS

200627386986 14/12/2016  
**CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA**  
 IZAIAS FELICIANO DE LIMA E RAIMUNDA FERREIRA DE LIMA  
 2/2/1976  
 BERT. CASAR 8993 L 21 F  
 2960 J DO NORTE DE  
 ANE 28672025

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
 ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DE AGRICULTURA, Pecuária e Pesca  
 INSTITUTO DE DESENVOLVIMENTO RURAL  
**CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA**

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
 Secretaria do Ror, Federal  
**CPE - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**  
**CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA**  
 Data de Nascimento: 02/02/76  
 CPF: 808018123-87

**Cagece** GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
 022140506  
**DADOS DO QUENTE**  
 Nome: **CICERO REGINALDO FERREIRA LIMA**  
 End. Locat: **RUA ANTONIO SOBREIRA QUEDES- 224- LIND. M. GOMES**  
 Cidade: **JURUEIRO** CEP: **67110-970**  
 End. Entrega: \_\_\_\_\_  
 Qnt: \_\_\_\_\_  
 Local: 021, 003, 0141, 0007, 0000  
 Sublocal: 00, Sublocal: 00, Comp: 0000  
**CONTATOS**  
 End. Locat: 000, End. Locat: 000, End. Locat: 000, End. Locat: 000  
**ENDEREÇO DE ENTREGA**  
 End. Locat: 000, End. Locat: 000, End. Locat: 000, End. Locat: 000  
**DADOS**  
 Locat. Ant: 09/08/2016, Locat. Ant: 09/08/2016, Locat. Ant: 263109-1  
 Locat. Ant: 11/07/2016, Locat. Ant: 09/09/2016, Locat. Ant: 09/09/2016  
**QUANTIDADE DA ÁGUA ENTREGUE REFERENTE A:** 06/2016  

IP de Abastecimento	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
Abastecimento	144	144	144	144
Abastecimento	144	144	144	144
Abastecimento	144	144	144	144

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

DATA	QNTD	QNTD	QNTD
JULHO DE 0.0337 NO DIA	0.14	0.14	0.14
MULTA DE 22	0.33	0.33	0.33

\* Proprietário do veículo  
 \* Condutor

SABEMI SEGURADORA S/A  
 14 DEZ 2016  
 RECEBIMOS

# 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)



Nome: SIRLEY BORGES LIMA  
Nacionalidade: BRASILEIRA Estado Civil: CASADA  
Profissão: AUTONOMA  
Identidade: 95029138368 CPF: 812 465 443-34  
Endereço: ANTONIO SOBRINHO, 184 Bairro: TRIANGULO  
Cidade: JUAZEIRO DO NORTE CE CEP: 63046110

### 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: Juazeiro do Norte - 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

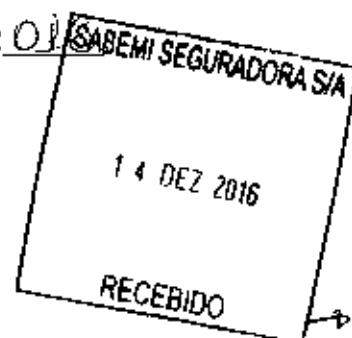
Local e data:

JUAZEIRO DO NORTE 29 de SETEMBRO de 2016

Sirley Borges Lima  
Assinatura do Outorgante (Beneficiário)



Reconhecer firma da assinatura em cartório por autenticidade







**Cv**

**CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO**  
Rua São Pedro, 751 - Centro - Jazeiro do Norte-CE - CEP: 63010-410  
Fone: (85) 3311-0878 / 3387-1837 - [www.cartorio-viana.com.br](http://www.cartorio-viana.com.br)  
Boa, Lucila Maria de Figueiredo Viana - TCUJ

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: **SIRLEY BORGES LIMA**. DOU FE. Jazeiro do Norte-Ceará, 29/09/2016.

**Diego Horacio Rodrigues Soares**

(RS 00111 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 médico pericial:** APRESENTA HIPOTROFIA MUSCULAR EM PERNA DIREITA E DIMINUIÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO JOELHO DIREITO.

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

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

**Sequelae:** 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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

## 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:**

