



Número: **3000432-46.2019.8.06.0167**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Última distribuição : **20/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE EDVAL FERREIRA LIMA (AUTOR)	LUCIANA GONCALVES SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13483057	20/03/2019 19:41	<a href="#">Petição Inicial</a>	Petição Inicial
13483082	20/03/2019 19:41	<a href="#">peticao inicial</a>	Petição
13483087	20/03/2019 19:41	<a href="#">1-PROCURAÇÃO+DECLARAÇÃO DE POBREZA</a>	Procuração
13483116	20/03/2019 19:41	<a href="#">2-DOCUMENTOS PESSOAIS+ B.O</a>	Documento de Identificação
13483119	20/03/2019 19:41	<a href="#">3-COMPROVANTE DE ENEDEREÇO</a>	Documento de Identificação
13483122	20/03/2019 19:41	<a href="#">4-CARTA DE INDENIZAÇÃO DPVAT</a>	Documento de Comprovação
13483191	20/03/2019 19:41	<a href="#">DOCS COMPROBATORIOS1</a>	Documento de Comprovação
13483196	20/03/2019 19:41	<a href="#">DOCS COMPROBATORIO 2</a>	Documento de Comprovação
13483243	20/03/2019 19:41	<a href="#">Intimação</a>	Intimação
16184043	13/06/2019 09:35	<a href="#">Intimação</a>	Intimação

## PETIÇÃO INICIAL

**AO EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO ESPECIAL DA COMARCA DE SOBRAL-CE.**

**JOSE EDVAL FERREIRA LIMA**, brasileiro, viúvo, motorista, portador da cédula de identidade de nº 090764 SSP/CE e CPF de nº. 248.076.563-68, residente e domiciliado na Rua Cel. Frederico Gomes, 1332, Sobral/CE, CEP: 62.100-000 vem, por intermédio de sua procuradora infra-assinada, com escritório profissional á Rua Padre José Beviláqua/Praça Bezerril Fontenele s/nº Centro, Viçosa do Ceará, Ceará, CEP 62.300-000, vem, respeitosamente propor.

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**

em face da **SEGURADORALÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito, privado, inscrita no CNPJ sob o número 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº74,5º,6º,9º,14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20031-205, pelas questões de fato e direito apresentadas a seguir.

**PRELIMINARMENTE- DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA**

Tendo em vista que o Autor não possui condições financeiras de arcar com as custas e demais despesas processuais, sem que isso lhe acarrete prejuízo financeiro, para tanto com amparo na Lei 1060/50, pede lhe seja concedida Assistência Judiciária Gratuita.

**DOS FATOS E DOS DIREITOS**

O reclamante foi vítima de acidente automobilístico na data de 30 de Outubro de 2017, conforme boletim de ocorrência anexo da polícia Civil.

Desse sinistro, restaram lesões preocupantes ao Autor, tais como: **FRATURA DOS OSSOS DO ANTE-BRAÇO**, conforme cópia de prontuário em anexo e parecer de perícia médica, resultando redução funcional, conforme prontuário médico acostado a exordial.

Ora Excelência, a requerida somente pagou a quantia de R\$ 4.725,00(quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), valor este incompatível com a invalidez causado pelo acidente automobilístico, posto que após o sinistro o mesmo não possui uma vida normal.

Acontece que a parte autora recebeu administrativamente o valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), conforme demonstrativo de pagamento da seguradora líder em anexo datado em 26/07/2018, pagamento efetuado na Agência: 000000554, Conta: 0000021350-1, Tipo: CONTA CORRENTE.

Destarte, o valor recebido é inferior ao que a parte autora tem direito, tendo em vista, que a redução funcional do membro supra mencionados corresponde a o valor do teto correspondente a R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) conforme tabela DPVAT, segundo prontuário médicos acostado em anexo.

Outrossim, o art. 5º da lei nº 6.194/74 determina que o pagamento da indenização deve ocorrer mediante simples prova do acidente e do dano corrido, o que não ocorreu, já que o autor teve seu direito legalmente garantido negado.

Assim, vê-se necessária a realização de perícia médica por profissional imparcial indicado por este juízo, de forma a serem aferidas com exatidão o grau das lesões sofridas pelo autor.

O site da seguradora ré define invalidez da seguinte maneira:

Considera-se invalidez a perda ou redução da funcionalidade de um membro ou órgão. Essa perda ou redução indenizada pelo seguro DPVAT quando resulta de um acidente causado por veículo e é permanente, ou seja, quando a recuperação ou reabilitação da área afetada é dada como inviável ao fim do tratamento médico (alta definitiva). A invalidez é considerada permanente quando a funcionalidade do órgão ou membro é afetada integralmente ou em parte.

O próprio nome do seguro DPVAT é esclarecedor: Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre. Isso significa que o DPVAT é um seguro que vítimas de acidentes causadas por veículos que têm motor próprio (automotores) e circulam por terra ou por asfalto.

O seguro Obrigatório DPVAT foi criado pela lei nº6.194/74, com o objetivo de garantir às vítimas de acidentes causados por veículos, ou por suas cargas, indenizações em caso de morte e invalidez permanente, e o reembolso de despesas médicas.

As indenizações do DPVAT são obrigatórias porque foi criado por lei, em 1974. Essa lei determina que todos os veículos automotores de via terrestre, sem exceção, paguem o seguro. A obrigatoriedade do pagamento garante às vítimas de acidentes com veículos o recebimento de indenizações, ainda eu os responsáveis pelos acidentes não arquem com essa responsabilidade

Tendo em vista as previsões legais da lei nº 6.194/74, alterada pela lei nº 11482/2007 (art. 8º), que criou o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causadores por veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT), a autora faz jus á indenização financeira pelas sequelas decorrentes do acidente de trânsito, ou seja, da invalidez permanente, conforme atesta os documentos médicos em apenso no valor estabelecido conforme o Art. 3º, inciso II e III, in verbis:

Art. 3º Os danos pessoas cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total e por despesas

de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I – R\$ 13.500,00 ( treze mil e quinhentos reais) – no caso de morte

II – até R\$ 13.500,00 ( treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez

III – até R\$ 2.700,00 ( dois mil e setecentos reais) – como reembolso á vítima – no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

A parte autora, através de seu procurador, munira-se de todos os documentos exigidos pela legislação, sendo mencionada, tais como laudo médico dos danos físicos que acometem e o registro de ocorrência no órgão policial competente, estritamente de acordo com o art. 5º, conforme segue:

Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Assim, instruído de todos os documentos hábeis a sua pretensão, têm a requerente direito á indenização. Dessa forma, a autora busca junto aos braços do Poder judiciário o reconhecimento de sua justa indenização.

Destaca-se então o grau de reduções das funcionalidades do Autor, tendo em vista os inúmeros ferimentos, sendo eles **FRATURA DOS OSSOS DO ANTE-BRAÇO**, tornando-se evidente assim a impossibilidade de voltar ao serviço, uma vez que permanece debilitado.

Destarte, não há falar em aplicação de limitadores no valor da indenização, estabelecidos mediante gradação de invalidez permanente, arbitrados em normas de hierarquia inferior, pois não á dado á resolução restringir benefício se a lei ordinária regulamentada não o fez. Atende-se. Com tal atendimento, a interpretação história da norma legal, valorando o verdadeiro e original espírito da lei, segundo almejado na “mens legislatoris”, bem assim a hermenêutica sistemática do dispositivo legal em análise, adequando-o aos princípios da constituição Federal.

Tendo em vista todo o exposto, bem como os laudos médicos periciais colacionados exordial, entende-se que o valor arbitrado para o DPVAT merecido pela autora não foi o valor que lhe depositaram, restando demonstrado as presentes sequelas em caráter permanente em que a requerente se encontra.

No caso em tela, a parte autora recebeu pequeno percentual ao qual lhe é devido, no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). Portanto é jurídica e perfeitamente possível e pretensão deduzida, que diz respeito á cobrança da indenização assegurada pelo referido seguro, diante do implemento do risco contratado, quanto ais em se tratando de responsabilidade objetiva a que esta sujeita a empresa seguradora

## DOS PEDIDOS

Face ao exposto, requer a parte autora

- a) A concessão dos benefícios da **assistência judiciária gratuita**, nos termos da Lei 1.060/50, visto que a requerente não possui condições financeiras para arcar com as custas processuais sem prejuízo de seu sustento e de sua família, conforme faz prova declaração de pobreza anexa;
- b) A citação da reclamada para, se quiser, responder aos termos da presente sob pena de revelia;
- c) A condenação da requerida ao pagamento da devido do seguro DPVAT a parte Autora, no valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais), conforme previsto pela Lei nº 6.194/73, corrigidos pelo IGP-M desde a data do pagamento administrativo e juros de 1% ao mês desde a citação.
- d) A condenação da requerida em custos e honorários advocatícios em 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.
- e) A produção de todos os meios de prova em direito admitidas, especialmente, a prova testemunhal, prova documental e perícia médica.
- f) Ao final a **TOTAL PROCEDÊNCIA** da presente demanda, para o pagamento da diferença do seguro devido ao Autor.

Dá-se á causa o valor de R\$ 8.775,00 (oito mil setecentos e setenta e cinco reais).

Nestes termos

Pede e aguarda deferimento.

Sobral/CE, 20 de março de 2019.

Luciana Gonçalves Silva

OAB/CE 27.103

## PROCURAÇÃO

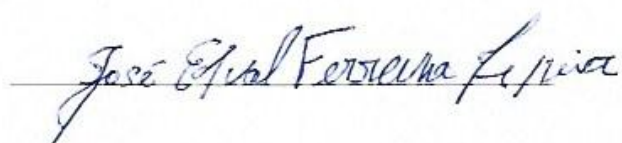
**OUTORGANTE:** JOSE EDVAL FERREIRA LIMA, brasileiro, viúvo, motorista, portador da cédula de identidade de nº 090764 SSP/CE e CPF de nº. 248.076.563-68, residente e domiciliado na Rua Cel. Frederico Gomes, 1332, Sobral/CE.

**OUTORGADA:** LUCIANA GONÇALVES SILVA, brasileira, solteira, maior, advogada, CPF: 877.388.723-49 inscrita na OAB/CE de nº 27.103, com escritório Jurídico localizado na Rua Padre José/Praça Bezerril Fontenele s/nº, centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP: 62300-000.

**PODERES:** por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes, inclusive, os poderes o foro em geral com a cláusula ad judícia et extra, para, em conjunto ou separadamente, realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento desde mandato, especialmente para: **AJUIZAR AÇÃO DE COBRANÇA EM FACE DA SEGURADORA DE SEGUROS DPVAT**, inclusive, nesse mister, podendo promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, junto a repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual ou municipal, autarquia ou entidade paraestatal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho desde mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga a Advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre a qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, do CPC de 2015. Ademais, os mencionados poderes específicos outorgados poderão ser substabelecidos.

Viçosa do Ceará/CE, 03 de Julho de 2018.





## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **JOSE EDVAL FERREIRA LIMA**, brasileiro, viúvo, motorista, portador da cédula de identidade de nº 090764 SSP/CE e CPF de nº. 248.076.563-68, residente e domiciliado na Rua Cel. Frederico Gomes, 1332, Sobral/CE, declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Viçosa do Ceará-CE, 06 de Novembro de 2018.

  
**JOSE EDVAL FERREIRA LIMA**









**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 1012 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **11/04/2018 09:24:54**Data / Hora da Ocorrência: **03/10/2017 22:20:00**Endereço da Ocorrência: **RUA TABELIÃO IDELFONSO CAVALCANTE**Complemento: **CRUZ. R. DES. MOREIRA DA ROCHA**Bairro: **CENTRO**Município: **SOBRAL/CE**Ponto de Referência: **PROX. A IGREJA CATOLICA****Noticiante(s)**Nome: **JOSÉ EDVAL FERREIRA LIMA**Nascimento: **07/11/1965** CPF: **248.076.563-68**CNH: **01630314140**Orgão Emissor: **DETRAN**

UF:

Filiação: **MARIA FERREIRA DA SILVA****VICENTE FERREIRA LIMA**Endereço: **RUA FRANCISCO ANASTÁCIO CAVALCANTE, 966 CASA 05**Bairro: **PADRE IBIAPINA**

CEP:

Município: **SOBRAL/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 9701-0928****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PMA3323** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:**9C2JC7000GR111846** Renavam: **1086301967** Tipo do Veículo:**MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 110I** Ano Fabricação: **2016**Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**Proprietário: **THAIS ALBUQUERQUE LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

O noticiante devidamente qualificado informa que: no dia, hora e local acima descrito estava conduzindo a moto de placa PMA3323/CE, dados do veículo acima; Que estava normalmente na via e que um carro breou no sinal e que o noticiante bateu na traseira desse veículo e caiu; Que foi atendido por populares e levado para o Hospital Santa Casa de Sobral; Que o noticiante fraturou o braço esquerdo e outras escoriações pelo corpo; Que não fez cirurgia e nem fisioterapia. E, nada mais disse.//////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ANTONIO CARLOS GOMES VASCONCELOS - MAT.: 300091-1-8****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****ALEX BRUNO PINTO MATTOS - MAT.: 30084810**

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Pág. 1 de 1

Impresso em: 11/04/2018 09:34:32



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** JOSE EDVAL FERREIRA LIMA, brasileiro(a),  
estado civil VIVO, profissão PIOTERISTA, CI RG nº  
722634-84, CPF/MF nº 248076463-68, residente e domiciliado(a)  
à Rua CEL FREDERICO CORREIA, 1332, Cidade de  
Sobral, Estado Ceará, CEP:  
62030020, telefone (88) 99605-0011 (88) 99477-4532

**OUTORGADO:** Helio Romari Marques Louro  
CPF sob o n.º 284.193.913-87, e  
RG sob o número 88399885 com endereço cito à  
Rua Frei Urbano, 665, Vila do Cristo, na cidade de  
Sobral, Estado do Ceará.

**PODERES:** Concede poderes especiais ao outorgante para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Sobral, 08 de maio de 2018.



JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
OUTORGANTE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	248.076.563-68	Jose Evaldo Ferreira Lima

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Evaldo Ferreira Lima	248.076.563-68	Desemprego
Endereço	Número	Complemento
Rua Cel. Frederico	3332	
Bairro	Estado	CEP
Iporeia - Igarapava	Rio de Janeiro	62.160-000
Email	Telefone (DDD)	
	(84) 94605.0011	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome NRO CAIXA ECONOMICA FEDERAL 104	
AGÊNCIA NRO D/V 0554 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO D/V 21350 1 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Soscal, 04 de Maio de 2019.  
Local e Data

*Jose Evaldo Ferreira Lima*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE EDUARDO FERREIRA LIMA

CPF da Vítima

249.076.565.69

Data do Acidente

03/10/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Sorocaba, 04 de Junho de 2017.

Local e Data

  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



AUTO-ATENDIMENTO AG:SOBRAL  
DATA: 16/04/2018 HORA: 14:43:00  
TERMINAL: 05941955 CRIPEL: 11050103

TIPO-PROVA DE PAGAMENTO

AGÊNCIA: 0554  
CONTA DEBITADA: 001.00021350-1  
NOME: JOSE LIVAL FERREIRA LIMA

BENEFICIÁRIO/CONVENIO: CLARO NL DOL 81 A 00

DATA DO PAGAMENTO : 16/04/2018  
VALOR DO PAGAMENTO : 42,98

Ponto de venda: Terminal do Centro de Barras  
CNPJ: 07.043.710/0001-41  
CNPJ: 07.043.710/0001-41

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA: 0800 72 6101  
Ouvidoria da CAIXA: 0800 72 7174  
www.caixa.gov.br

2740 8786



# **A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT**

## **CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

### **CONTRATANTE:**

Brasileiro(a), Estado Civil \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_ SSP-CE  
CPF \_\_\_\_\_, Residente,  
Rua: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ - CE, doravante denominado  
CONTRATANTE.

**CONTRATADA: C.G.M.LINO (AJIL ASSESSORIA EM SEGURO DPVAT)**, estabelecida em Sobral — CE, na Rua Frei Álvaro, nº 665 — loja 04 — Residencial Redentor I — Alto do Cristo, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.360.732/0001-46 represento por seu Proprietário, Sr. Célio Geovani Marques Lino, daqui por diante denominada de CONTRATADA, tem entre si ajustado o seguinte:

As partes acima nomeadas e qualificadas têm entre si como justo e combinado o presente contrato de prestação de serviços, que se regerá pelas cláusulas e condições adiante articuladas:

### **1. DO OBJETO DO CONTRATO**

O objeto do presente contrato consiste na prestação de serviços em Assessoria referente à cobrança de seguro de Danos Pessoais Causados Por Veículos Automotores de Via Terrestres (DPVAT) mais precisamente nas áreas administrativa nas indenizações de Seguro por Invalidez Parcial e Total e por Morte.

### **2. DOS SERVIÇOS**

A empresa **CONTRATADA** disponibilizara os seguintes serviços para o **CONTRATANTE**:

2.1. Assessorar na viabilização da documentação necessária e na regularização desta documentação do **CONTRATANTE** junto a **SEGURADORA LIDER**, dando entrada ao processo administrativo;

2.2. Acompanhar todo o trâmite do Processo e fornecer informações precisas ao **CONTRATANTE** de toda a situação do mesmo;

2.3. Esclarecer ao **CONTRATANTE** o que é o DPVAT, seus benefícios e direitos concedidos pelas leis N.ºs. 6.194/74 e 8.441/92;

2.4. Acompanhar o Processo até sua liquidação, comunicando ao **CONTRATANTE**, a data do possível crédito e o valor pago pela Seguradora **LIDER**.

Rua Frei Álvaro-nº665 – Alto do Cristo – Sobral/Ce  
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532  
E-mail: [ajilsegurodpvat@hotmail.com](mailto:ajilsegurodpvat@hotmail.com)

# A J I L - Assessoria em Seguro DPVAT

## 3. DEVERES DO CONTRATANTE

3.1. Fornecer toda e qualquer documentação relativa ao **Acidente** ou aos **Danos Sofridos pelo contratante** requisitada pela CONTRATADA.

3.2. Pagar o valor de 30% (trinta por cento) do valor recebido a **EMPRESA CONTRATADA**, referente aos Serviços prestados especificados no item 2 e seus incisos.

3.3. Isentar, através de declaração, a Empresa CONTRATADA de qualquer fraude ou falsificação produzida pelo CONTRATANTE.

## 4. DO VALOR

A remuneração de serviços objeto do presente contrato dar-se-á da seguinte forma;

- O CONTRATANTE receberá o valor depositado pela SEGURADORA LIDER, valor este que pode chegar até RS 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), conforme o **Art. 3º, § 2º da Lei nº. 6.194/74**, e Alterada pela **Lei 11.945/2009**.

- O recebimento da empresa **CONTRATADA** será logo após a confirmação do depósito bancário feito pela SEGURADORA LIDER na conta do CONTRATANTE e posterior retirada do valor. Com isso, após o recebimento, o **CONTRATANTE** deverá pagar a empresa **CONTRATADA** o valor referente a **30% (Trinta Por Cento)** do valor recebido em Conta Bancária da Empresa Contratada;

## 5. DA VALIDADE

O presente contrato passa a vigorar a partir da data de sua assinatura e produzirá efeito na forma da Lei Civil, constituindo-se título executivo extrajudicial, extinguindo com o cumprimento de seu objeto, isto é, com a quitação do valor pago pela seguradora ao CONTRATANTE e pagamento dos serviços prestados a empresa CONTRATADA;

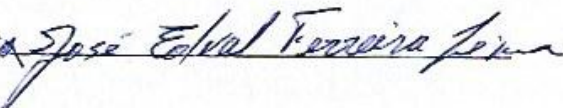
## 6. DO FORO

As partes elegem como competente para qualquer ação decorrente deste contrato, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, o foro da comarca de Sobral - CE.

E, por estarem, assim, de pleno e comum acordo com as condições instituídas no presente instrumento, as partes contratantes o assinaram com 2(duas) testemunhas, em 2(duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Cidade \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / de \_\_\_\_\_ /2018

ASSINATURA DO CONTRATANTE:



ASSINATURA DO CONTRATADO: \_\_\_\_\_

Rua Frei Álvaro-nº665 – Alto do Cristo – Sobral/CE  
C.N.P.J: 10.360.732/0001-46 Fone: (88) 9605-0011 ou 9477-4532  
E-mail: [ajilsegurodpvat@hotmail.com](mailto:ajilsegurodpvat@hotmail.com)





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 528137111

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de  
**JUN/2018**

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**8968135** DV **5**

VENCIMENTO  
**10/07/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$)  
**77,39**

Rota 04 032000 03 046500 Medidor Poste  
Nome JOSE EDVAL FERREIRA LIMA 0000 0  
Endereço Postal

End. da Unidade RU CEL FREDERICO GOMES 01332 \*\*SEM BAIRRO SOBRAL  
Consumidora 62100000

RG / CPF / CNPJ 248.076.563-68 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 34123 34026 1 97 0 97

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	97	0,74009	71,78

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
07/06/2018	06/07/2018

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A98C.C56B.C7F2.CD94.0852.C171.5AC0.6CE5

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
71,78	27%	19,38

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	27,13
TRANSMISSÃO	2,89
DISTRIBUIÇÃO	15,46
ENCARGOS SETORIAIS	4,14
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	22,16

#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

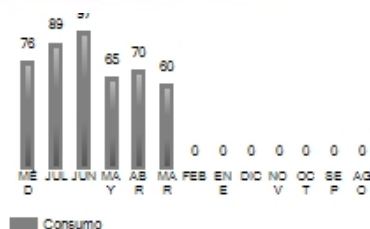
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 15,75

Conjunto SOBRAL I

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
DIC (h)	5,07	10,15	20,30	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,86			0,00		

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



#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO <sub>2</sub> )	Compensado kg (CO <sub>2</sub> )	Consciência Ecológica(%CO <sub>2</sub> )
		0 100

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **8968135-5** N° da Nota Fiscal: **528137111** Total a Pagar (R\$): **77,39**  
Data de Emissão: **26/01/2019** Referência: **JUN/2018** N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Carta nº: 13148987

A/C: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Nº Sinistro: 3180230683  
Vitima: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
Data do Acidente: 03/10/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: CELIO GEOVANI MARQUES LINO

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: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000554

Conta: 0000021350-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL  
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

7

Nome: Jose Edval Ferreira Lima

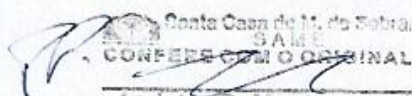
Tratamento para: S528 - Fratura De Outras Partes Do Antebraco

☐ Cirurgia : FRATURA DOS OSSOS DO ANTE BRACO .Data: 04/10/17

☐ Antibioticoterapia: CEFALOTINA 48H

Recomendações:

- ( ) Não Pisar
- ( ) Não Sustentar Peso
- ( X ) Manter membro elevado (a 45°)
- ( ) Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- ( X ) Retirar pontos após 13 dias
- ( ) Fisioterapia precoce
- ( X ) Atentar à data de retorno (15 dias)
- ( X ) Fazer uso medicação prescrita
- ( X ) Trocar curativo diariamente


  
Santa Casa de M. de Sobral  
SAM  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréa R. Montenegro  
COORDENADORA

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). JOAO PAULO TAVARES LINHARES , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 06/10/2017

Assinatura e Carimbo

  
Dra. Laila Pontes  
Medica  
Reumatologia  
CRM-CE 16453



TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO  
COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 117 | 03/10/2017 22:17

Departamento:

ATENDIMENTO EM EMERGÊNCIA  
Nº 117  
NOME: JOSE EDVAL B. LIMA  
NOME COMPLETO: JOSE EDVAL B. LIMA  
CPF: 000.000.000-00  
DATA DE NASCIMENTO: 03/10/1963  
SEXO: M  
ENDEREÇO: RUA XISTO, 144  
Cidade: JARDIM GUARAPUAVA  
CEP: 81.200-000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PCTE COM HISTÓRIA DE COLISÃO MOTO X CARRO, REFERINDO EDEMA E DOR EM MSE, ENCONTRA SE ORIENTADO, VERBALIZANDO, DEAMBULANDO, NEGA CERVICALGIA E/OU LOMBALGIA

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 240/140, Nº Pulso: 104, Nº Freq. Resp.: 22, Temperatura:

Fu. JOSE EDVAL B. LIMA, ( ) Paciente ( ) Responsável  
(Grau de Parentesco) RG Nº, declare que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento: considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li e concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, de de as

Assinatura do Paciente ou Responsável

4/985490

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Márcia Cleide da Silva  
COORDENADORA

DADOS DO PACIENTE

Histórico: 263166  
Paciente: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA CPF: 34307856308  
Sexo: Masculino  
Dt. Naso: 07/11/1965 Idade: 51a 10m 21s  
Mãe: MARIA FERREIRA DA SILVA  
Pai: VICENTE FERREIRA LIMA Cor: Parda  
P. Civil: Casado Grau de Instrução:  
Endereço: JOAO ALI, 649  
Bairro: CENTRO Cep: 62020555  
Cidade: SOBRAL UF: CE  
Fone: 339244436

DADOS DO RESPONSÁVEL

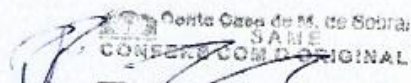
Nome:  
Profissão:  
Documento:  
CPF:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 4895490 Atendente: WELLINGTON  
Data: 09/10/2017 Hora: 23:50  
Procedimento: 0100020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA GIBRISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAZ  
ENTESE  
Médico: SEIJI MATSUI  
Unidade: UI EMERGENCIA ADULTA  
Leito: LEITO 2-3 EMERG ADULTA  
Cirurgião: SUC - SIM  
Paciente: SUC - SIM  
Cirurgião:  
II. Outros:



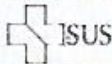
Assinatura do Paciente ou Responsável

  
Conta Geral de M. de Sobral  
SANE  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andreia R. Montenegro  
COORDENADORA


Outros serviços:



13440074333

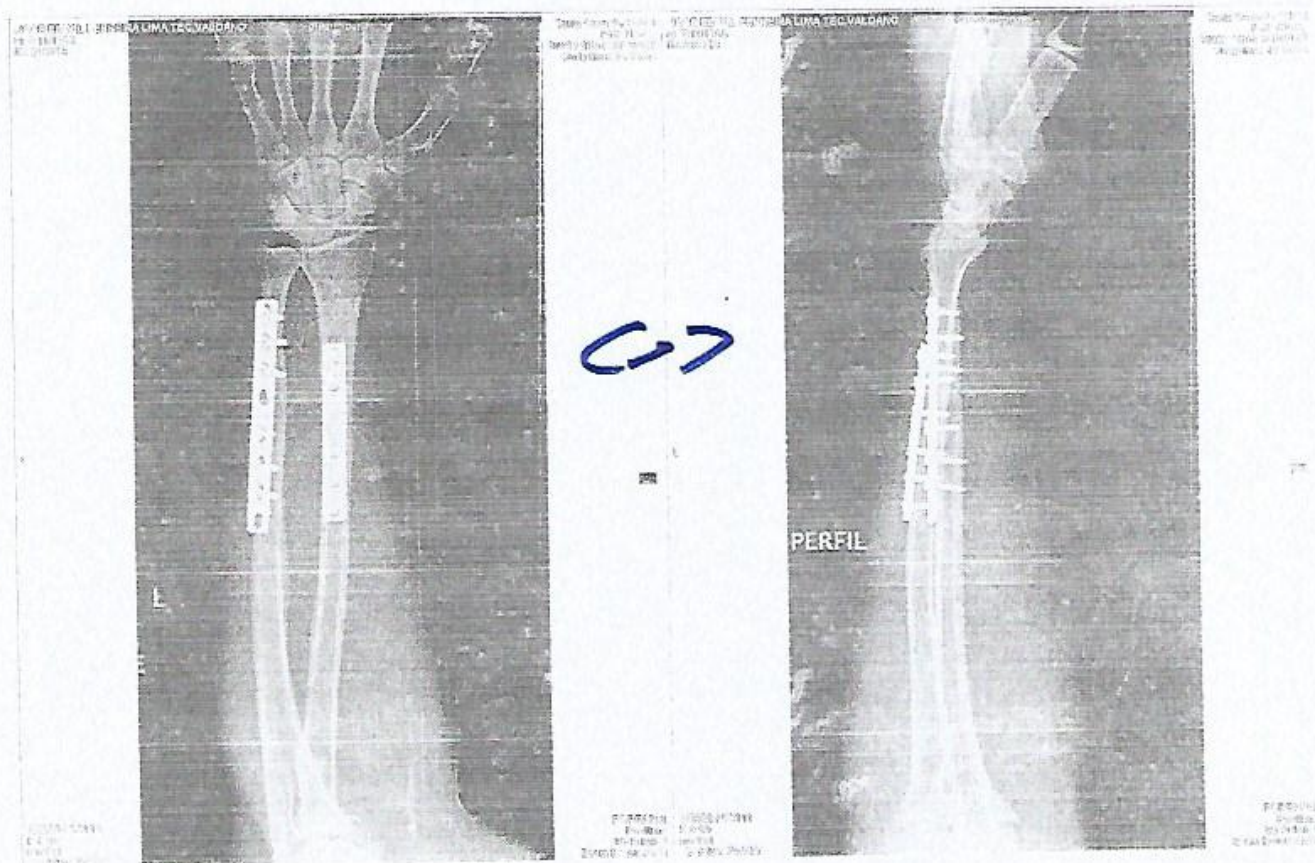
 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> 305615	
<b>I - Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			2 - CNES		
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL			3 0 2 1 1 1 4		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNES		
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL			3 0 2 1 1 1 4		
<b>II - Identificação do Paciente</b>					
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO		
MARCOS DA SILVA					
7 - DATA DO NASCIMENTO			8 - SEXO		
11/11/1965			Masc <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem <input checked="" type="checkbox"/> 3		
9 - RAÇA/COR			10 - RAÇA/COR		
BRANCA			BRANCA		
11 - ENDEREÇO			12 - TELEFONE DE CONTATO		
RUA LUIZ GOMES DA SILVA			DDD 14 33 12 35 17 01 50 00 00		
Cidade: SOBRAL - CE			14 - TELEFONE DE CONTATO		
CEP: 62000-000			DDD 14 33 12 35 17 01 50 00 00		
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			17 - CÓD. IBGE - MUNICÍPIO		
SOBRAL			18 - UF		
			19 - CEP		
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>					
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima de acidente automobilístico com lesão sangrante, dor e deformidade no antebraço E. A Radiografia, notou diáfanas de radio e ulna E (tubo distal)					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
RISCO DE COMPLICAÇÃO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
RADIOLÓGICA + EXAME FÍSICO + COMPLEMENTAR					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
S52.8					
25 - CID 10 SECUND.					
S52.8					
26 - CID 10 TERCIÁRIO					
S52.8					
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
INTERNAÇÃO			04 018 012 014 12 13		
29 - CLÍNICA			30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		
1			2		
31 - DOCUMENTO			32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
( ) CNS ( ) CPF			11015191917013121513		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		
LUCIANA GONCALVES SILVA			03/10/2017		
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
LUCIANA GONCALVES SILVA			LUCIANA GONCALVES SILVA		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>					
37 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA		39 - Nº DO BILHETE	
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		40 - CNPJ EMPRESA		41 - SÉRIE	
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		42 - CNPJ EMPRESA		43 - CNPJ EMPRESA	
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		45 - Nº DO BILHETE		46 - SÉRIE	
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO		47 - Nº DO BILHETE		48 - SÉRIE	
49 - Nº DO BILHETE		50 - SÉRIE		51 - Nº DO BILHETE	
52 - SÉRIE		53 - Nº DO BILHETE		54 - SÉRIE	
55 - Nº DO BILHETE		56 - SÉRIE		57 - Nº DO BILHETE	
58 - SÉRIE		59 - Nº DO BILHETE		60 - SÉRIE	
61 - Nº DO BILHETE		62 - SÉRIE		63 - Nº DO BILHETE	
64 - SÉRIE		65 - Nº DO BILHETE		66 - SÉRIE	
67 - Nº DO BILHETE		68 - SÉRIE		69 - Nº DO BILHETE	
70 - SÉRIE		71 - Nº DO BILHETE		72 - SÉRIE	
73 - Nº DO BILHETE		74 - SÉRIE		75 - Nº DO BILHETE	
76 - SÉRIE		77 - Nº DO BILHETE		78 - SÉRIE	
79 - Nº DO BILHETE		80 - SÉRIE		81 - Nº DO BILHETE	
82 - SÉRIE		83 - Nº DO BILHETE		84 - SÉRIE	
85 - Nº DO BILHETE		86 - SÉRIE		87 - Nº DO BILHETE	
88 - SÉRIE		89 - Nº DO BILHETE		90 - SÉRIE	
91 - Nº DO BILHETE		92 - SÉRIE		93 - Nº DO BILHETE	
94 - SÉRIE		95 - Nº DO BILHETE		96 - SÉRIE	
97 - Nº DO BILHETE		98 - SÉRIE		99 - Nº DO BILHETE	
100 - SÉRIE		101 - Nº DO BILHETE		102 - SÉRIE	
103 - Nº DO BILHETE		104 - SÉRIE		105 - Nº DO BILHETE	
106 - SÉRIE		107 - Nº DO BILHETE		108 - SÉRIE	
109 - Nº DO BILHETE		110 - SÉRIE		111 - Nº DO BILHETE	
112 - SÉRIE		113 - Nº DO BILHETE		114 - SÉRIE	
115 - Nº DO BILHETE		116 - SÉRIE		117 - Nº DO BILHETE	
118 - SÉRIE		119 - Nº DO BILHETE		120 - SÉRIE	
121 - Nº DO BILHETE		122 - SÉRIE		123 - Nº DO BILHETE	
124 - SÉRIE		125 - Nº DO BILHETE		126 - SÉRIE	
127 - Nº DO BILHETE		128 - SÉRIE		129 - Nº DO BILHETE	
130 - SÉRIE		131 - Nº DO BILHETE		132 - SÉRIE	
133 - Nº DO BILHETE		134 - SÉRIE		135 - Nº DO BILHETE	
136 - SÉRIE		137 - Nº DO BILHETE		138 - SÉRIE	
139 - Nº DO BILHETE		140 - SÉRIE		141 - Nº DO BILHETE	
142 - SÉRIE		143 - Nº DO BILHETE		144 - SÉRIE	
145 - Nº DO BILHETE		146 - SÉRIE		147 - Nº DO BILHETE	
148 - SÉRIE		149 - Nº DO BILHETE		150 - SÉRIE	
151 - Nº DO BILHETE		152 - SÉRIE		153 - Nº DO BILHETE	
154 - SÉRIE		155 - Nº DO BILHETE		156 - SÉRIE	
157 - Nº DO BILHETE		158 - SÉRIE		159 - Nº DO BILHETE	
160 - SÉRIE		161 - Nº DO BILHETE		162 - SÉRIE	
163 - Nº DO BILHETE		164 - SÉRIE		165 - Nº DO BILHETE	
166 - SÉRIE		167 - Nº DO BILHETE		168 - SÉRIE	
169 - Nº DO BILHETE		170 - SÉRIE		171 - Nº DO BILHETE	
172 - SÉRIE		173 - Nº DO BILHETE		174 - SÉRIE	
175 - Nº DO BILHETE		176 - SÉRIE		177 - Nº DO BILHETE	
178 - SÉRIE		179 - Nº DO BILHETE		180 - SÉRIE	
181 - Nº DO BILHETE		182 - SÉRIE		183 - Nº DO BILHETE	
184 - SÉRIE		185 - Nº DO BILHETE		186 - SÉRIE	
187 - Nº DO BILHETE		188 - SÉRIE		189 - Nº DO BILHETE	
190 - SÉRIE		191 - Nº DO BILHETE		192 - SÉRIE	
193 - Nº DO BILHETE		194 - SÉRIE		195 - Nº DO BILHETE	
196 - SÉRIE		197 - Nº DO BILHETE		198 - SÉRIE	
199 - Nº DO BILHETE		200 - SÉRIE		201 - Nº DO BILHETE	
202 - SÉRIE		203 - Nº DO BILHETE		204 - SÉRIE	
205 - Nº DO BILHETE		206 - SÉRIE		207 - Nº DO BILHETE	
208 - SÉRIE		209 - Nº DO BILHETE		210 - SÉRIE	
211 - Nº DO BILHETE		212 - SÉRIE		213 - Nº DO BILHETE	
214 - SÉRIE		215 - Nº DO BILHETE		216 - SÉRIE	
217 - Nº DO BILHETE		218 - SÉRIE		219 - Nº DO BILHETE	
220 - SÉRIE		221 - Nº DO BILHETE		222 - SÉRIE	
223 - Nº DO BILHETE		224 - SÉRIE		225 - Nº DO BILHETE	
226 - SÉRIE		227 - Nº DO BILHETE		228 - SÉRIE	
229 - Nº DO BILHETE		230 - SÉRIE		231 - Nº DO BILHETE	
232 - SÉRIE		233 - Nº DO BILHETE		234 - SÉRIE	
235 - Nº DO BILHETE		236 - SÉRIE		237 - Nº DO BILHETE	
238 - SÉRIE		239 - Nº DO BILHETE		240 - SÉRIE	
241 - Nº DO BILHETE		242 - SÉRIE		243 - Nº DO BILHETE	
244 - SÉRIE		245 - Nº DO BILHETE		246 - SÉRIE	
247 - Nº DO BILHETE		248 - SÉRIE		249 - Nº DO BILHETE	
250 - SÉRIE		251 - Nº DO BILHETE		252 - SÉRIE	
253 - Nº DO BILHETE		254 - SÉRIE		255 - Nº DO BILHETE	
256 - SÉRIE		257 - Nº DO BILHETE		258 - SÉRIE	
259 - Nº DO BILHETE		260 - SÉRIE		261 - Nº DO BILHETE	
262 - SÉRIE		263 - Nº DO BILHETE		264 - SÉRIE	
265 - Nº DO BILHETE		266 - SÉRIE		267 - Nº DO BILHETE	
268 - SÉRIE		269 - Nº DO BILHETE		270 - SÉRIE	
271 - Nº DO BILHETE		272 - SÉRIE		273 - Nº DO BILHETE	
274 - SÉRIE		275 - Nº DO BILHETE		276 - SÉRIE	
277 - Nº DO BILHETE		278 - SÉRIE		279 - Nº DO BILHETE	
280 - SÉRIE		281 - Nº DO BILHETE		282 - SÉRIE	
283 - Nº DO BILHETE		284 - SÉRIE		285 - Nº DO BILHETE	
286 - SÉRIE		287 - Nº DO BILHETE		288 - SÉRIE	
289 - Nº DO BILHETE		290 - SÉRIE		291 - Nº DO BILHETE	
292 - SÉRIE		293 - Nº DO BILHETE		294 - SÉRIE	
295 - Nº DO BILHETE		296 - SÉRIE		297 - Nº DO BILHETE	
298 - SÉRIE		299 - Nº DO BILHETE		300 - SÉRIE	
301 - Nº DO BILHETE		302 - SÉRIE		303 - Nº DO BILHETE	
304 - SÉRIE		305 - Nº DO BILHETE		306 - SÉRIE	
307 - Nº DO BILHETE		308 - SÉRIE		309 - Nº DO BILHETE	
310 - SÉRIE		311 - Nº DO BILHETE		312 - SÉRIE	
313 - Nº DO BILHETE		314 - SÉRIE		315 - Nº DO BILHETE	
316 - SÉRIE		317 - Nº DO BILHETE		318 - SÉRIE	
319 - Nº DO BILHETE		320 - SÉRIE		321 - Nº DO BILHETE	
322 - SÉRIE		323 - Nº DO BILHETE		324 - SÉRIE	
325 - Nº DO BILHETE		326 - SÉRIE		327 - Nº DO BILHETE	
328 - SÉRIE		329 - Nº DO BILHETE		330 - SÉRIE	
331 - Nº DO BILHETE		332 - SÉRIE		333 - Nº DO BILHETE	
334 - SÉRIE		335 - Nº DO BILHETE		336 - SÉRIE	
337 - Nº DO BILHETE		338 - SÉRIE		339 - Nº DO BILHETE	
340 - SÉRIE		341 - Nº DO BILHETE		342 - SÉRIE	
343 - Nº DO BILHETE		344 - SÉRIE		345 - Nº DO BILHETE	
346 - SÉRIE		347 - Nº DO BILHETE		348 - SÉRIE	
349 - Nº DO BILHETE		350 - SÉRIE		351 - Nº DO BILHETE	
352 - SÉRIE		353 - Nº DO BILHETE		354 - SÉRIE	
355 - Nº DO BILHETE		356 - SÉRIE		357 - Nº DO BILHETE	
358 - SÉRIE		359 - Nº DO BILHETE		360 - SÉRIE	
361 - Nº DO BILHETE		362 - SÉRIE		363 - Nº DO BILHETE	
364 - SÉRIE		365 - Nº DO BILHETE		366 - SÉRIE	
367 - Nº DO BILHETE		368 - SÉRIE		369 - Nº DO BILHETE	
370 - SÉRIE		371 - Nº DO BILHETE		372 - SÉRIE	
373 - Nº DO BILHETE		374 - SÉRIE		375 - Nº DO BILHETE	
376 - SÉRIE		377 - Nº DO BILHETE		378 - SÉRIE	
379 - Nº DO BILHETE		380 - SÉRIE		381 - Nº DO BILHETE	
382 - SÉRIE		383 - Nº DO BILHETE		384 - SÉRIE	
385 - Nº DO BILHETE		386 - SÉRIE		387 - Nº DO BILHETE	
388 - SÉRIE		389 - Nº DO BILHETE		390 - SÉRIE	
391 - Nº DO BILHETE		392 - SÉRIE		393 - Nº DO BILHETE	
394 - SÉRIE		395 - Nº DO BILHETE		396 - SÉRIE	
397 - Nº DO BILHETE		398 - SÉRIE		399 - Nº DO BILHETE	
400 - SÉRIE		401 - Nº DO BILHETE		402 - SÉRIE	
403 - Nº DO BILHETE		404 - SÉRIE		405 - Nº DO BILHETE	
406 - SÉRIE		407 - Nº DO BILHETE		408 - SÉRIE	
409 - Nº DO BILHETE		410 - SÉRIE		411 - Nº DO BILHETE	
412 - SÉRIE		413 - Nº DO BILHETE		414 - SÉRIE	
415 - Nº DO BILHETE		416 - SÉRIE		417 - Nº DO BILHETE	
418 - SÉRIE		419 - Nº DO BILHETE		420 - SÉRIE	
421 - Nº DO BILHETE		422 - SÉRIE		423 - Nº DO BILHETE	
424 - SÉRIE		425 - Nº DO BILHETE		426 - SÉRIE	
427 - Nº DO BILHETE		428 - SÉRIE		429 - Nº DO BILHETE	
430 - SÉRIE		431 - Nº DO BILHETE		432 - SÉRIE	
433 - Nº DO BILHETE		434 - SÉRIE		435 - Nº DO BILHETE	
436 - SÉRIE		437 - Nº DO BILHETE		438 - SÉRIE	
439 - Nº DO BILHETE		440 - SÉRIE		441 - Nº DO BILHETE	
442 - SÉRIE		443 - Nº DO BILHETE		444 - SÉRIE	
445 - Nº DO BILHETE		446 - SÉRIE		447 - Nº DO BILHETE	
448 - SÉRIE		449 - Nº DO BILHETE		450 - SÉRIE	
451 - Nº DO BILHETE		452 - SÉRIE		453 - Nº DO BILHETE	
454 - SÉRIE		455 - Nº DO BILHETE		456 - SÉRIE	
457 - Nº DO BILHETE		458 - SÉRIE		459 - Nº DO BILHETE	
460 - SÉRIE		461 - Nº DO BILHETE		462 - SÉRIE	
463 - Nº DO BILHETE		464 - SÉRIE		465 - Nº DO BILHETE	
466 - SÉRIE		467 - Nº DO BILHETE		468 - SÉRIE	
469 - Nº DO BILHETE		470 - SÉRIE		471 - Nº DO BILHETE	
472 - SÉRIE		473 - Nº DO BILHETE		474 - SÉRIE	
475 - Nº DO BILHETE		476 - SÉRIE		477 - Nº DO BILHETE	
478 - SÉRIE		479 - Nº DO BILHETE		480 - SÉRIE	
481 - Nº DO BILHETE		482 - SÉRIE		483 - Nº DO BILHETE	
484 - SÉRIE		485 - Nº DO BILHETE		486 - SÉRIE	
487 - Nº DO BILHETE		488 - SÉRIE		489 - Nº DO BILHETE	
490 - SÉRIE		491 - Nº DO BILHETE		492 - SÉRIE	
493 - Nº DO BILHETE		494 - SÉRIE		495 - Nº DO BILHETE	
496 - SÉRIE		497 - Nº DO BILHETE		498 - SÉRIE	
499 - Nº DO BILHETE		500 - SÉRIE		501 - Nº DO BILHETE	
502 - SÉRIE		503 - Nº DO BILHETE		504 - SÉRIE	
505 - Nº DO BILHETE		506 - SÉRIE		507 - Nº DO BILHETE	
508 - SÉRIE		509 - Nº DO BILHETE		510 - SÉRIE	
511 - Nº DO BILHETE		512 - SÉRIE		513 - Nº DO BILHETE	
514 - SÉRIE		515 - Nº DO BILHETE		516 - SÉRIE	
517 - Nº DO BILHETE		518 - SÉRIE		519 - Nº DO BILHETE	
520 - SÉRIE		521 - Nº DO BILHETE		522 - SÉRIE	
523 - Nº DO BILHETE		524 - SÉRIE		525 - Nº DO BILHETE	
526 - SÉRIE		527 - Nº DO BILHETE		528 - SÉRIE	
529 - Nº DO BILHETE		530 - SÉRIE		531 - Nº DO BILHETE	
532 - SÉRIE		533 - Nº DO BILHETE		534 - SÉRIE	
535 - Nº DO BILHETE		536 - SÉRIE		537 - Nº DO BILHETE	
538 - SÉRIE		539 - Nº DO BILHETE		540 - SÉRIE	
541 - Nº DO BILHETE		542 - SÉRIE		543 - Nº DO BILHETE	
544 - SÉRIE		545 - Nº DO BILHETE		546 - SÉRIE	
547 - Nº DO BILHETE		548 - SÉRIE		549 - Nº DO BILHETE	
550 - SÉRIE		551 - Nº DO BILHETE		552 - SÉRIE	
553 - Nº DO BILHETE		554 - SÉRIE		555 - Nº DO BILHETE	
556 - SÉRIE		557 - Nº DO BILHETE		558 - SÉRIE	
559 - Nº DO BILHETE		560 - SÉRIE		561 - Nº DO BILHETE	
562 - SÉRIE		563 - Nº DO BILHETE		564 - SÉRIE	
565 - Nº DO BILHETE		566 - SÉRIE		567 - Nº DO BILHETE	
568 - SÉRIE		569 - Nº DO BILHETE		570 - SÉRIE	
571 - Nº DO BILHETE		572 - SÉRIE		573 - Nº DO BILHETE	
574 - SÉRIE		575 - Nº DO BILHETE		576 - SÉRIE	
577 - Nº DO BILHETE		578 - SÉRIE		579 - Nº DO BILHETE	
580 - SÉRIE		581 - Nº DO BILHETE		582 - SÉRIE	
583 - Nº DO BILHETE		584 - SÉRIE		585 - Nº DO BILHETE	
586 - SÉRIE		587 - Nº DO BILHETE		588 - SÉRIE	
589 - Nº DO BILHETE		590 - SÉRIE		591 - Nº DO BILHETE	
592 - SÉRIE		593 - Nº DO BILHETE		594 - SÉRIE	
595 - Nº DO BILHETE		596 - SÉRIE		597 - Nº DO BILHETE	
598 - SÉRIE		599 - Nº DO BILHETE		600 - SÉRIE	
601 - Nº DO BILHETE		602 - SÉRIE		603 - Nº DO BILHETE	
604 - SÉRIE		605 - Nº DO BILHETE		606 - SÉRIE	
607 - Nº DO BILHETE		608 - SÉRIE		609 - Nº DO BILHETE	
610 - SÉRIE		611 - Nº DO BILHETE		612 - SÉRIE	
613 - Nº DO BILHETE		614 - SÉRIE		615 - Nº DO BILHETE	



<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR</b> <b>LUIZ EUFRASIO FARIAS NETO EPP</b> AV DOM JOSE LUPINAMBA DA FROTA, 661 - ALTO DO CRISTO 62020-720 SOBRAL - CE		<b>DANFE</b> DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 000.005.745 SÉRIE 1 FOLHA 1/1		 CHAVE DE ACESSO 2317 1007 8276 6400 0178 5500 1000 0057 4512 0171 0791 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a> ou no site da Selva Autorizadora										
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 123170060822411 10/10/2017 15:00:07												
INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.192.431-8		INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUP. TRIBUT 07.827.664/0001-78		CNPJ										
<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b> NOME / RAZÃO SOCIAL SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL ENDEREÇO RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO, 919 MUNICÍPIO SOBRAL		CNPJ / CPM 07.818.313/0001-09 DATA DA EMISSÃO 10/10/2017		DATA DA SAÍDA 10/10/2017										
INSCRIÇÃO ESTADUAL 06.322.262-0		UF CE		HORA DA SAÍDA 15:05:00										
<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>														
BASE CÁLCULO ICMS 0,00		VALOR ICMS 0,00		TOTAL DOS PRODUTOS 551,70										
VALOR FRETE 0,00		VALOR SEGURO 0,00		VALOR DESCONTO 184,08										
VALOR IPI 0,00		VALOR IPTU 0,00		VALOR APROX. IPIB 116,96										
VALOR TOTAL 367,62														
<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b>														
NOME / RAZÃO SOCIAL 0 - EMISSOR		FRETE POR CONTA 0 - EMISSOR		CÓDIGO ANTT 0 - EMISSOR										
ENDEREÇO 0 - EMISSOR		PLACA DO VEÍC 0 - EMISSOR		UF 0 - EMISSOR										
QUANTIDADE 0 - EMISSOR		ESPÉCIE 0 - EMISSOR		MARCA 0 - EMISSOR										
NÚMERO 0 - EMISSOR		PESO BRUTO 0 - EMISSOR		PESO LÍQUIDO 0 - EMISSOR										
<b>DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS</b>														
CODIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	UF	CMH	COSOS	CTOP	UNID	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.C.A.C. ICMS	VALOR ICMS	ALIQ ICMS	V. APROX. IPIB	V. APROX. IPIB
15	PLACA A/C 3.5 X 06 FUIROS	90	11020	0500	5403	UN	1	183,81	183,81	0,00	0,00	0	38,97	38,97
15	PLACA A/C 3.5 X 08 FUIROS	90	11020	0500	5403	UN	1	183,81	183,81	0,00	0,00	0	38,97	38,97
9	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 14 MM	90	11020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0	3,25	3,25
13	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 16 MM	90	11020	0500	5403	UN	10	15,34	153,40	0,00	0,00	0	32,52	32,52
10	PARAFUSO CORTICAL 3.5 X 18 MM	90	11020	0500	5403	UN	1	15,34	15,34	0,00	0,00	0	3,25	3,25
DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES PACT. RO. L. FIDAL FERREIRA LIMA MAT. 263158 DATA 04-10-17 DR. J. AO PAULO CONV. SUS 0702030899 0702030899 0408020423 INFORMAÇÕES ADICIONAIS DE INTER. SSI DO FISCO PAF Requisito XI - m 1c 7A9F4B6C440535511336F73B83E1E47F														
Reservado ACESSO														
Umlife   100% Open Source   www.umlife.com.br Gerado em 10/10/2017 15:05:00 pelo Umlife 1.5.7 For   www.umlife.com.br														
PLACAS DE LUIZ EUFRASIO FARIAS NETO EPP DOS PRODUTOS E SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA ADICIONADA AO FOLIO EMISSÃO: 10/10/2017 VALOR TOTAL: 367,62 DESTINATÁRIO: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RUA ANTONIO CRISOSTOMO MELO - CENTRO 62020-720 - SOBRAL - CE													Nº 000.005.745	
DATA DO ECF/EMISSÃO IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO ECF/EMISSOR													SÉRIE 1	



, JOSE EDVAL FERREIRA LIMA TEC.VALDANO, 7/11/1965: DX fro



Carta-Capa do M. de Ordem  
D.A.M.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL  
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: 3677-1930 - Sobral-CE.

Boletim de Cirurgia (Preencher todos os campos após a cirurgia - retorno a cirurgia)

NOME DO PACIENTE

JOSE EDNA FERREIRA LIMA S/O (M) - ASA III

DIAGNÓSTICO

PRIMA CÍRICA ADEQUADA

OPERAÇÃO

PRIMA CÍRICA

61 MATERIAL DE SALA

TIPO CALIBRE QUANT.

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

DOSAG.

QUANT.

VI

Nº DA AIH

CIRURGIA

R# 35450

CONVERSO

CÓDIGO CID

DETALES

1. EQUIPAMENTO

2. MEDICA

3. EQUIPAMENTO

4. PRINCIPAL

5. SECUNDARIA

6. OUTROS

7. OUTROS

8. OUTROS

9. OUTROS

10. OUTROS

11. OUTROS

12. OUTROS

13. OUTROS

14. OUTROS

15. OUTROS

16. OUTROS

17. OUTROS

18. OUTROS

19. OUTROS

20. OUTROS

21. OUTROS

22. OUTROS

23. OUTROS

24. OUTROS

25. OUTROS

26. OUTROS

27. OUTROS

28. OUTROS

29. OUTROS

30. OUTROS

31. OUTROS

32. OUTROS

33. OUTROS

34. OUTROS

35. OUTROS

36. OUTROS

37. OUTROS

38. OUTROS

39. OUTROS

40. OUTROS

41. OUTROS

42. OUTROS

43. OUTROS

44. OUTROS

45. OUTROS

46. OUTROS

47. OUTROS

48. OUTROS

49. OUTROS

50. OUTROS

51. OUTROS

52. OUTROS

53. OUTROS

54. OUTROS

55. OUTROS

56. OUTROS

57. OUTROS

58. OUTROS

59. OUTROS

60. OUTROS

61. OUTROS

62. OUTROS

63. OUTROS

64. OUTROS

65. OUTROS

66. OUTROS

67. OUTROS

68. OUTROS

69. OUTROS

70. OUTROS

71. OUTROS

72. OUTROS

73. OUTROS

74. OUTROS

75. OUTROS

76. OUTROS

77. OUTROS

78. OUTROS

79. OUTROS

80. OUTROS

81. OUTROS

82. OUTROS

83. OUTROS

84. OUTROS

85. OUTROS

86. OUTROS

87. OUTROS

88. OUTROS

89. OUTROS

90. OUTROS

91. OUTROS

92. OUTROS

93. OUTROS

94. OUTROS

95. OUTROS

96. OUTROS

97. OUTROS

98. OUTROS

99. OUTROS

100. OUTROS

101. OUTROS

102. OUTROS

103. OUTROS

104. OUTROS

105. OUTROS

106. OUTROS

107. OUTROS

108. OUTROS

109. OUTROS

110. OUTROS

111. OUTROS

112. OUTROS

113. OUTROS

114. OUTROS

115. OUTROS

116. OUTROS

117. OUTROS

118. OUTROS

119. OUTROS

120. OUTROS

121. OUTROS

122. OUTROS

123. OUTROS

124. OUTROS

125. OUTROS

126. OUTROS

127. OUTROS

128. OUTROS

129. OUTROS

130. OUTROS

131. OUTROS

132. OUTROS

133. OUTROS

134. OUTROS

135. OUTROS

136. OUTROS

137. OUTROS

138. OUTROS

139. OUTROS

140. OUTROS

141. OUTROS

142. OUTROS

143. OUTROS

144. OUTROS

145. OUTROS

146. OUTROS

147. OUTROS

148. OUTROS

149. OUTROS

150. OUTROS

151. OUTROS

152. OUTROS

153. OUTROS

154. OUTROS

155. OUTROS

156. OUTROS

157. OUTROS

158. OUTROS

159. OUTROS

160. OUTROS

161. OUTROS

162. OUTROS

163. OUTROS

164. OUTROS

165. OUTROS

166. OUTROS

167. OUTROS

168. OUTROS

169. OUTROS

170. OUTROS

171. OUTROS

172. OUTROS

173. OUTROS

174. OUTROS

175. OUTROS

176. OUTROS

177. OUTROS

178. OUTROS

179. OUTROS

180. OUTROS

181. OUTROS

182. OUTROS

183. OUTROS

184. OUTROS

185. OUTROS

186. OUTROS

187. OUTROS

188. OUTROS

189. OUTROS

190. OUTROS

191. OUTROS

192. OUTROS

193. OUTROS

194. OUTROS

195. OUTROS

196. OUTROS

197. OUTROS

198. OUTROS

199. OUTROS

200. OUTROS

201. OUTROS

202. OUTROS

203. OUTROS

204. OUTROS

205. OUTROS

206. OUTROS

207. OUTROS

208. OUTROS

209. OUTROS

210. OUTROS

211. OUTROS

212. OUTROS

213. OUTROS

214. OUTROS

215. OUTROS

216. OUTROS

217. OUTROS

218. OUTROS

219. OUTROS

220. OUTROS

221. OUTROS

222. OUTROS

223. OUTROS

224. OUTROS

225. OUTROS

226. OUTROS

227. OUTROS

228. OUTROS

229. OUTROS

230. OUTROS

231. OUTROS

232. OUTROS

233. OUTROS

234. OUTROS

235. OUTROS

236. OUTROS

237. OUTROS

238. OUTROS

239. OUTROS

240. OUTROS

241. OUTROS

242. OUTROS

243. OUTROS

244. OUTROS

245. OUTROS

246. OUTROS

247. OUTROS

248. OUTROS

249. OUTROS

250. OUTROS

251. OUTROS

252. OUTROS

253. OUTROS

254. OUTROS

255. OUTROS

256. OUTROS

257. OUTROS

258. OUTROS

259. OUTROS

260. OUTROS

261. OUTROS

262. OUTROS

263. OUTROS

264. OUTROS

265. OUTROS

266. OUTROS

267. OUTROS

268. OUTROS

269. OUTROS

270. OUTROS

271. OUTROS

272. OUTROS

273. OUTROS

274. OUTROS

275. OUTROS

276. OUTROS

277. OUTROS

278. OUTROS

279. OUTROS

280. OUTROS

281. OUTROS

282. OUTROS



RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAL)

1) 15.000 ml de sangue e 100 ml de soro fisiológico foram administrados durante a cirurgia.  
 2) Hemostase foi alcançada com o uso de suturas e ligaduras.  
 3) Sutura da parede abdominal com fio 3/0.  
 4) Sutura da pele com fio 3/0.  
 5) Sutura do músculo reto abdominal com fio 3/0.  
 6) Sutura da fáscia com fio 3/0.  
 7) Sutura da pele com fio 3/0.  
 8) Sutura do músculo reto abdominal com fio 3/0.  
 9) Sutura da fáscia com fio 3/0.  
 10) Sutura da pele com fio 3/0.

Cirurgião

1º Auxiliar

2º Auxiliar

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Carimbo Oficial do Hospital  
 Hospital de Referência  
 Rua 123, 456 - Centro  
 São Paulo, SP - 01234-567

Dr. Luciana Gonçalves Silva  
 Cirurgiã  
 CRM 123456 - SP

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 9273.7914 | 3611.4018

CIRURGIÃO: Dr. João Paulo

Num. 13483191 - Pág. 9





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL  
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade  
Relatório de Prescrição / Evolução

Página 1/2  
Emitido Por LAILA PONTE  
Data 05/10/2017 11:03

PRESCRIÇÃO.: 1734747 DATA: 05/10/2017 10:30  
USUÁRIO.: LAILA PONTE  
ATENDIMENTO.: 4985490 DT NASC.: 07/11/1965 (51A 10M 29D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 263158 - JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 03/10/2017 23:50 2 DIAS(S) INT

MÉDICO.: SEIJI MATSUI SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 17-3 - C.T. SRO JOAQUIM  
ORIENTAÇÃO ADULTO  
CID.: 8528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO CICLO.:  
DIAGNÓSTICO:  
FOTOGRAFIA:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1 VIA  
Dra. Laila Ponte  
Medicina  
Residência de Clínica e Traumatologia  
C.R.C. 4443  
Clínica do Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

# DR AUGOSTINHO

# JOSE EDVAL, VITIMA DE QUEDA DE MOTO DIA 03/10, COM

# FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

# RX FRATURA COMPLETA E CAVALGADA EM 1/3 DISTAL DE RÂDIO E ULNA

# REALIZADA OSTEOSSÍNTESE DIA 04/10, COM PLACA ESTREITA E 8 PARAFUSOS COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 3.5 COM 6 PARAFUSOS.

# EM USO: CEFALOTINA D1

# PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, REFERINDO EDEMA EM REGIÃO DE FRATURA

# FO NÃO ABERTA HOJE (1ºPO)

CD MANTIDO ATB  
SOLICITO RX DE CONTROLE  
AVALIAR ALTA AMANHÃ

Santa Casa de M. de Sobral  
S.A.M.E.  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

\*4985490\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

1 DIETA HIPOCOLESTEROLEMICA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					[05/10] 10:30

#### MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

2 C.C. DIPIRONA 2ML + AQ 8ML EV - HC  
3 C.C. BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA +  
AQ 18 ML - HC  
Obs.: SE NECESSÁRIO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMPOLA		EV	ACM	
1	AMPOLA	S	EV	ACM	

4 C.C. CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA  
Justificativa.: prescrita  
Obs.: D1

1	FRASCO AM		EV	8x8-N	
---	-----------	--	----	-------	--

-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA  
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12  
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML

2	AMPOLA				
1	UNIDADE				
1	UND				

16 24 24 04



PRESCRIÇÃO.: 1735214 DATA: 06/10/2017 10:30  
USUÁRIO.: LAILA PONTE  
ATENDIMENTO: 4985490 DT NASC: 07/11/1965 (51A 10M 30D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 263158 - JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 03/10/2017 23:50 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO.: SEIJI MATSUI SERVIÇO: TRAUMA ORTOEDIA  
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. - R. JOAQUIM LEITE 17-3 - C.D. SÃO JOAQUIM - BERTIÓGA  
OBSERVAÇÃO ADICIONAL:  
CID.: S528 FRATURA DE OUTRAS PARTES DO ANTEBRAÇO CICLO.:  
DIAGNÓSTICO:  
PROGNÓSTICO:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do Médico

Dra. Laíla Ponte  
Médica  
Especialista em Ortopedia e Traumatologia

### EVOLUÇÃO MÉDICA

DR AUGUSTINHO

D. José Paulo

JOSE EDVAL, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO DIA 03/10, COM

FRATURA EXPOSTA DE ANTEBRAÇO ESQUERDO

+ RX FRATURA COMPLETA E CAVALGADA EM 1/3 DISTAL DE RÂDIO E ULNA

+ REALIZADA OSTEOSSÍNTESE DIA 04/10, COM PLACA ESTREITA E 8 PARAFUSOS COLOCAÇÃO DE PLACA DCP 3.5 COM 6 PARAFUSOS

+ EM USO CEFALOTINA D2

+ PACIENTE ESTÁVEL, SEM QUEIXAS, REFERINDO EDEMA EM REGIÃO DE FRATURA

+ FO

CD MANTIDO ATB

SOLICITO RX DE CONTROLE, de acordo com Rx de controle

ALTA HOSPITALAR

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONFERE COM O ORIGINAL  
Andréia R. Montenegro  
COORDENADORA

\*4985490\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA HIPOCOLESTEROLEMICA	1					[06/10]	10:30

#### MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 CC DIFENIDOL 2ML + AD 8ML EV - HC	1	AMPOLA		EV	ACM		
3 CC BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMPOLA + AD 18 ML - HC	1	AMPOLA	S	EV	ACM		
4 CC CEFALOTINA 1G FRASCO AMPOLA	1	FRASCO AM		EV	8x8-N		

Justificativa.: prescrita

Obs.: DI

-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA

2 AMPOLA

-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML

1 UNID

-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12

1 UNID DE

8-16





SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

## EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:



NOME: Josefa da Silva Ferreira Lima Nº PRONTUÁRIO 2681 58

SETOR: emergência ENFERMARIA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

DATA

03/10/2017 Internamento para tratamento cirúrgico

4/10/2017 Paciente com fratura exposta de  
antebraço esquerdo. Com exames  
laboratoriais normais e hemograma  
sem alterações para avaliar anemia.  
Dr. Dabriel C. Silva  
coordenador de Enfermagem

Santa Casa de M. de Sobral  
SAME  
CONF. EM ORIGINAL  
Ardoris R. Montenegro  
COORDENADORA





SANTA CASA

# SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

## FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA

ESTADO DO CEARÁ  
MUNICÍPIO DE SOBRAL  
RUA DA SERRA DO CARVALHO, 1111  
CEP: 62000-000

ANEXO: 400000 DT. ADM: 5/10/2017 23:50

PACIENTE: 280130 NEXINENTAL: 7/11/1983

MOBIL: JOEL EDUARDO PEREIRA LIMA

RES: MARIA FEMILIA DA SILVA

CIT: 2400/006368 END: 1255,001 4000/006368

END: JOAO ALI 678

UNID: CENTRO

SOMM

CE- CIT: 60020555

OP: Fratura exposta do antebraço esquerdo

HDA: Paciente vítima de queda de moto, apresentando trauma no membro superior esquerdo, referindo dor local e deformidade no membro afetado.

Após exame a radiografia mostrou fratura completa e deslocada no 1/3 distal do antebraço esquerdo.

### EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral  
S.A.M.E.

CONFERE O ORIGINAL

Andréia R. Medianeira  
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta do antebraço esquerdo

CONDUTA: Cirúrgica

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura do antebraço (D)

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Radiologia

Requisicao.....: 1712832      Data da Solicitacao: 11/10/2017  
Matricula.....: 263158      Idade: 52a 2m 2d  
Atendimento.....: 4992878  
Paciente.....: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
Convenio.....: SUS - SIA  
Medico Solic.....: HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL  
Laudo

Exames

ANTEBRACO

Placa metálica parafusa no terço distal das diáfises de rádio e ulna.

Linhas de fraturas oblíquas nas diáfise distais de rádio e ulna.

Aumento de partes moles.

*Kenard Brito*

Dr. KENARD SILVA BRITO  
CRM - 13247

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia



**SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**

**Sistema de Radiologia**

Requisicao.....: 1726809      Data da Solicitacao: 21/11/2017  
Matricula.....: 263158      Idade: 52a 1m 15d  
Atendimento.....: 5028710  
Paciente.....: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA  
Convenio.....: SUS - SIA  
Medico Solic.....: HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL  
Laudo

**Exames**

**ANTEBRACO**

- Fratura no terço distal das diáfises de rádio e ulna.
- Placas metálicas parafusadas no terço distal de rádio e ulna.
- Espaços articulares preservados.
- Partes moles sem alterações.

*Kenard Brito*

**Dr. KENARD SILVA BRITO**  
**CRM - 13247**  
**Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
THAIS ALBUQUERQUE LIMA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF  
2005009202333 SSP CE

CPF  
032.597.093-98

DATA NASCIMENTO  
03/05/1995

FILIAÇÃO  
JOSE EDVAL FERREIRA  
LIMA  
FRANCISCA MARIA DE  
ALBUQUERQUE LIMA

PERMISSÃO  
PERMISSÃO

ACC  
AB

CAVAL  
AB

Nº REGISTRO  
06502348230

VALIDADE  
08/11/2016

1ª HABILITAÇÃO  
09/11/2015

OBSERVAÇÕES  
SEM OBSERVAÇÃO;

Assinatura do Titular  
Thais Albuquerque Lima

ASSINATURA DO FORNECEDOR

LOCAL  
SOBRAL, CE

DATA EMISSÃO  
11/11/2015

09553638383  
CE148890770

DETRAN - CE (CEARA)  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1157963759

PRIMEIRO PLASTIFICAR  
1157963759

TAU PAIR TARA DO VEICULO

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - CE** Nº **013401371311**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	0106650-1967	0000000000	2017

NOME

**THAIS ALBUMILQUE LIMA**

CPF / CNPJ

03259709398

PLACA

PM153.323/CE

PLACA ANT. / UF

/CE

CHASSI

9C23C7000GR111846

ESPÉCIE TIPO

PAS/MOTONETA/MAD AP. LIC. \*

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA/MODELO

HONDA/DIEZ TIQ1

ANO FAB.

2016

ANO MOD.

2016

CAP. / POT. / CL.

2P/OCV/109CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

<b>I P V A</b>	COTA UNICA	VENO COTA UNICA	VENC. COTAS
	*****	*/*/*/	1ª *****
	FAIXA I RVA	PARCELAMENTO / COTAS	2ª *****
	*****	*****	3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

OBSERVAÇÕES

\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*

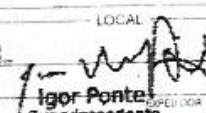
\*\*\*\*\*


LOCAL

SOBRAL

DATA

24/06/2017

  
**Igor Ponte**  
 Superintendente

 **DETRAN-CE**



28/05/05

### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Thais Albuquerque Lima,  
RG nº 2005009202333, data de expedição     /     /    ,  
Órgão SSP - CE, portador do CPF nº 032.597.093-98, com  
domicílio na cidade de Sobral, no Estado de  
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Cel. Frederico Gomes, nº 332,  
complemento    , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jose Carlos FERREIRA Lima, cujo o condutor era  
Jose E. DUPL. FERREIRA Lima.

Veículo: MOTO  
Modelo: HONDA/BIZ 130I  
Ano: 2016  
Placa: PMA 3323  
Chassi: 9C2 JC 7000 GR 111 846  
Data do Acidente: 03/10/2017  
Local e Data: Sobral 08/04/2018

Thais Albuquerque Lima  
Assinatura do Declarante

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



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>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 Pelio Giovanni Marques Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 284.193.913-81 / \_\_\_\_\_, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE CORAL FERREIRA Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura INVLPIRZ da Vítima JOSE CORAL FERREIRA Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 248.076.563 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Frei Mauro</u>		<u>665</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Vila do Cristo</u>	<u>Sosopol</u>	<u>Piauí</u>	<u>62.020.370</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
	<u>(88) 99605.0011</u>	<u>(88) 99477.4532</u>	

Sosopol, 10 de MAIO de 2018.  
Local e Data

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



MINISTERIO DAS CRIANÇAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFENSÃO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

DOC. IDENTIDADE / DOC. EMISOR UF  
090764 MTE CE

CPF  
248.076.563-68 DATA NASCIMENTO  
07/11/1965

FILIAÇÃO  
VICENTE FERREIRA LIMA  
MARIA FERREIRA DA  
SILVA

PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CADENA ☒ AD

Nº REGISTRO  
01630314140 VALIDADE  
08/06/2021 1ª HABILITAÇÃO  
05/10/1985

DESIGNAÇÃO  
EXERCE ATIV REMUNERADA;

*Jose Edval F. Lima*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
SOBRAL, CE DATA EMISSÃO  
14/06/2016

*100 Val. 12/11*  
ASSINATURA DO EMISOR 86551632664  
CE153857439

DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFENSÃO

VALIDA EM TODO  
TERITÓRIO NACIONAL  
1225861212

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1225861212

8968135-5

Para utilizar seu atendimento utilize o nº acima  
Sempre que entrar em contato conosco

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 160

CEP 61135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF DE 105.840.3

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 04 32000 03 046500 - 5 Data de Emissão 520064167  
Nome JOSE EDVAL FERREIRA LIMA 05/04/2018  
End. Postal RU CEL FREDERICO GOMES 01332

- SOBRAL - 62100000

Medidor 7365607 Poste 0000 0000  
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 248076563-68 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês do Referência Data de Apresentação Próxima Leitura  
Abr/2018 05/04/2018 07/05/2018

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunta

## ICMS

Base do Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto  
49,50 27,00% 13,36

Mês Fev 2018

Padrão de Consumo P

Aprovação Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

FIC 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

DMIC 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

Emissão 01/04/2018 01/05/2018 01/05/2018

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo (kWh) Const. Int. Const. Ext. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)  
05/04/18 07/04/18 1,00 70 0,00 0,00 49,50

DESCRIÇÃO 05/04/18 07/04/18 23 DIAS 70

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES

49,50

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

4,67

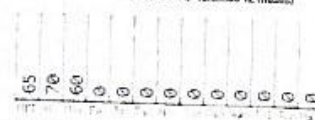
10/05/2018

54,17

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 26,47  
Transmissão 1,65  
Distribuição 1,12  
Energia Detachada 0,00  
Tributos 11,93  
TOTAL 49,50

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) 30,25 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

0

Para quantificar sua conta em termos ambientais utilize

o índice de eficiência energética (CEE) calculado por

Onde: CEE é o índice de eficiência energética calculado pela fórmula: CEE =

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

de energia elétrica consumida / (área construída x número de habitantes)

Nº do Cliente: 8968135-5 Referência: Abr/2018  
Data de Emissão: 05/04/2018 Total a Pagar (R\$): 54,17  
Nº da Nota Fiscal: 520064167 Nº de Controle: 0008968135 00002 39022 12







**TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ**  
**Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral**

Fica a parte intimada a comparecer em audiência de conciliação/una a ser realizada na data 16/07/2019 10:00, no endereço Rua Antônio Rodrigues Magalhães, 400, Anexo da Faculdade Luciano Feijão, Dom Expedito, SOBRAL - CE - CEP: 62050-100.



**ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE SOBRAL  
JUIZADO ESPECIAL CÍVEL E CRIMINAL  
CAMPUS FACULDADE LUCIANO FELJÃO**

Rua Antônio Rodrigues Magalhães, 400, Dom Expedito, CEP.: 62050-215, Sobral/CE

---

**PROCESSO N.º: 3000432-46.2019.8.06.0167**

PROMOVENTE(S): Nome: JOSE EDVAL FERREIRA LIMA

Endereço: Rua Coronel Frederico Gomes, 1332, - de 1291/1292 ao fim, Campo dos Velhos, SOBRAL - CE - CEP: 62030-020

PROMOVIDO (A) (S): Nome: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

Endereço: Rua Senador Dantas, 74, - de 58 ao fim - lado par, Centro, RIO DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

**INTIMAÇÃO**

Após a leitura deste expediente ou o decurso do prazo legal para leitura das intimações eletrônicas, fica(m) o(a)(s) advogado(a)(s) da(s) parte(s), intimado(a)(s) da audiência de conciliação designada para o dia 16/07/2019 10:00, ficando cientificado(s) de que deverá(ão) trazer consigo a parte que representa(m), independentemente de intimação prévia.

Sobral, CE, Quinta-feira, 13 de Junho de 2019.

**ALBERTO DIAS DE SOUZA**

Servidor(a) da Secretaria do Juizado Especial Cível e Criminal de Sobral,  
assina eletronicamente de ordem do MM Juiz.