
Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150789

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MANOEL MARQUES MONTEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150789

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANOEL MARQUES MONTEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150789

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANOEL MARQUES MONTEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150789

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANOEL MARQUES MONTEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150789

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MANOEL MARQUES MONTEIRO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150789

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Data do Acidente: 12/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MANOEL MARQUES MONTEIRO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MANOEL MARQUES MONTEIRO**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **237**

Agência: **000007160-9**

Conta: **00000594925-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

609.208.863-27

4 - Nome completo da vítima:

Manoel Marques Monteviro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Manoel Marques Monteviro

6 - CPF:

609.208.863-27

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua A, Conj. São Francisco

9 - Número:

22

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Camanducaia

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60731-425

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 48789 6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔBITOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

30 - Vítima deixou resíduo patrimonial?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

Francisco Marques Monteviro

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

619.887.133-90

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

Francisco Marques Monteviro

38 - 1º Nome: Hugo de Sousa Rodrigues

CPF: 046724283-69

Hugo de Sousa Rodrigues

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: Clelia Jane Soares

CPF: 511.472.623-49

Clelia Jane Soares

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 15 de abril de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA
Impresso nº 2020212172



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 2564 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/03/2020 13:02:07**
Data / Hora da Ocorrência: **12/08/2019 18:35:00**
Endereço da Ocorrência: **R LOURDES LEITE , 477, CANINDEZINHO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL MARQUES MONTEIRO**
Nascimento: **28/06/1962** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **FRANCISCA MARQUES MONTEIRO**
JOSE GONÇALVES MONTEIRO
Endereço: **RUA A, 22 CONJUNTO SÃO FRANCIS**
Bairro: **CANINDEZINHO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

DIZ O NOTICIANTE, NO DIA HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A RUA ACIMA, FOI COLHIDO POR UM VEICULO QUE PASSAVA EM ALTA VELOCIDADE, VEICULO ESSE O QUAL NAO SABE INFORMAR MARCA, PLACA E CONDUTOR, TENDO O REFERIDO VEICULO EVADIDO DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR NENHUM SOCORRO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PARA O FROTINHA DA PARANGABA, EM FORTALEZA/CE., ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DA TIBIA ESQUERDA, E OUTRAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTO APRESENTADO

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 609.201.863-27 4 - Nome completo da vítima: Manoel Marques Monteiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Marques Monteiro 6 - CPF: 609.201.863-27
7 - Profissão: autônomo 8 - Endereço: Rua A, Conj. São Francisco 9 - Número: 22 10 - Complemento:
11 - Bairro: Canindejuba 12 - Cidade: Fortaleza 13 - Estado: CE 14 - CEP: 60731-425
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (85) 98781 6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 75277798 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

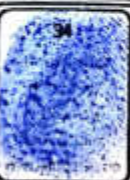
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (irmão(s))? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



34 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Francisco Marques Monteiro
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): 619.887.133-90
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): Francisco Marques Monteiro
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: Hugo de Sousa Rodrigues
CPF: 046734283-69
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Clelia Jane Soares
CPF: 511.472.623-49
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 15 de abril de 2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

609.208.863-27

4 - Nome completo da vítima:

Manoel Marques Montevio

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Manoel Marques Montevio

6 - CPF:

609.208.863-27

7 - Profissão:

autônomo

8 - Endereço:

Rua A, Conj. São Francisco

9 - Número:

22

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Camanducaia

12 - Cidade:

Fortaleza

13 - Estado:

CE

14 - CEP:

60731-425

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(85) 48789 6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔBITOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar vivos:

30 - Vítima deixou resíduo patrimonial?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo):

Francisco Marques Montevio

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo):

619.887.133-90

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

Francisco Marques Montevio

38 - 1º Nome: Hugo de Sousa Rodrigues

CPF: 046724283-69

Hugo de Sousa Rodrigues

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: Clelia Jane Soares

CPF: 511.472.623-49

Clelia Jane Soares

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 15 de abril de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL MARQUES MONTEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07160-9

CONTA: 000000594925-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0511202005000000000023707160000000594925337500 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/11/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MANOEL MARQUES MONTEIRO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 07160-9

CONTA: 000000594925-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0511202005000000000023707160000000594925337500 PAGO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
MANOEL MARQUES MONTEIRO

Nº DO PRONTUÁRIO
385539

Nº DO BE
284203

DATA DO NASCIMENTO
28/06/1962(57 ANOS)

SEXO
M

RACIA COR
PARDO

DOCUMENTOS

NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCA MARQUES MONTEIRO

MUNICÍPIO
FORTALEZA

UF
CE

ENDEREÇO
RUA LURDES DE LEITE 484 CANINDEZINHO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU USB M04, REFERE TRAUMA EM PATELA ESQUERDA E LACERAÇÕES, APÓS ATROPELAMENTO

MOTIVO
ATROPELAMENTO

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

pressão arterial
180/100

SAT O2
98%

PULSO
110

Glicemia
NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
12/08/2019 19:03:11

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO
20303200

DIAGNÓSTICO

COO. PROCEDIMENTO

CID

EXAT. SÓCITO

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

frumus 200mg de POTASSIO (E)

INTERNAÇÃO PARA CUIDAR de URGÊNCIA.

curativo frumus de URGÊNCIA (E) RESUMIDA

guarnição 2x e 1x

profundidade 1cm E 1x

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA em 12/08/2019 às 19:03:14

declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

12700031643



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PR. PONTA MARIANA, PORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROVINCIAL DE PORTALEZA
AV. Doutor de Paula nº 1117 - Paralela - CEP 44.034-000
Fortaleza - Ceará
Telefone (085) 3131-7132

CENTRAL DE REGISTRO E REGISTRAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - SUS - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2319102972296

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

MAURICIO MARQUES MONTEIRO

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA LURDES DE LESTE Nº 484

BARRIO

CANIDÉZINHO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

28/06/1962

SEXO

1. ☒ MASC

2. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

E DA MÃE

FRANCISCA MARQUES MONTEIRO

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

02263458385

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

12/08/2019

Dr. Linhares Garcia
Tribunado-Ortopedia
CRM 14403

Dr. Casemiro Medeiros
Diretor Médico HDM/BO
CRM - CE 6618

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Son ~ Joana e Rina (S)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CRP 611

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R2

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta do
patela (L) e fíbula

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

2. ☐ OBSTÉTRICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

6. ☐ PEDIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

de cura, testes

internação

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

12/8/19

Dr. Linhares Garcia
Tribunado-Ortopedia
CRM 14403

Dr. Linhares Garcia
Tribunado-Ortopedia
CRM 14403

Paciente: Mannel Marques Monteiro

Data da Operação: 12/08/19

Enfermaria:

Leito:

Operador: Paulo Brasil

FELIX D. LIMA
Técnico em Radiologia
CRM 4701

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiista:

[Assinatura]
Dr. Thiago Victor Sousa Chagas
Médico Anestesiologista
CRM 11.731

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório: Fratura exposta 2° Fêmur

Relatório Imediata Patologista:

ne Radiológico no ato:

dente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

DESCRIÇÃO DA LESÃO

ANESTESIA

ASPECTOS ANTISÉPTICOS

DESMAMAMENTO DE TENDÃO DESLIGAMENTO DO FÊMUR

LIGAMENTO A PATELA

LIGAMENTO EXAUSTIVO COM FIO FORTISSIMO LIGA-
MANTO

STOMA COM PLACA 2 2500 FORTISSIMO E 2 0000

FORTISSIMO. LIGAMENTO A INFERIOR A ESTE (SEM LIGA-
ÇÃO DE COMUNICAÇÃO ANTILIGAM)

CRISTINO

PARA TUDO

SEM INTERFERÊNCIA

FELIX D. LIMA
Técnico em Radiologia
CRM 4701

[Assinatura]
Mônica Saba
Mat. 15904



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

AV. Odebre de Fátima nº 1127 - Parangaba - CEP 44.720-000

Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3121-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - SUS - PMF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2319102972307

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

MANDEL MARQUES MONTEIRO

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: JURDES DE LESTE Nº 484

BAIRRO

CANINDEZINHO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

CE

DATA DO NASCIMENTO

28/06/1962

SEXO

1. ☒ MASC3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

FRANCISCA MARQUES MONTEIRO

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

10/08/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pac. com fratura de ulna distal

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 ATENDIMENTO AMBULATORIAL
 R. P. [Assinatura]
 Médica Saba
 Mat. 15904

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pac. de amplitude

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx 7° e 8° fr.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de ulna distal

TIPO DE CLÍNICA

 1. ☐ CIRÚRGICA
 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
 5. ☐ PSIQUIÁTRICA
 9. ☐ OUTROS

 2. ☐ OBSTÉTRICA
 4. ☐ TISIOPEUMOL
 6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

DATA

HORA

Dr. Roberto Cavalcante
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 14.370/REG. 8560/TEOT. 16.316

16/08/19

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Prontuário Nº.: 385539

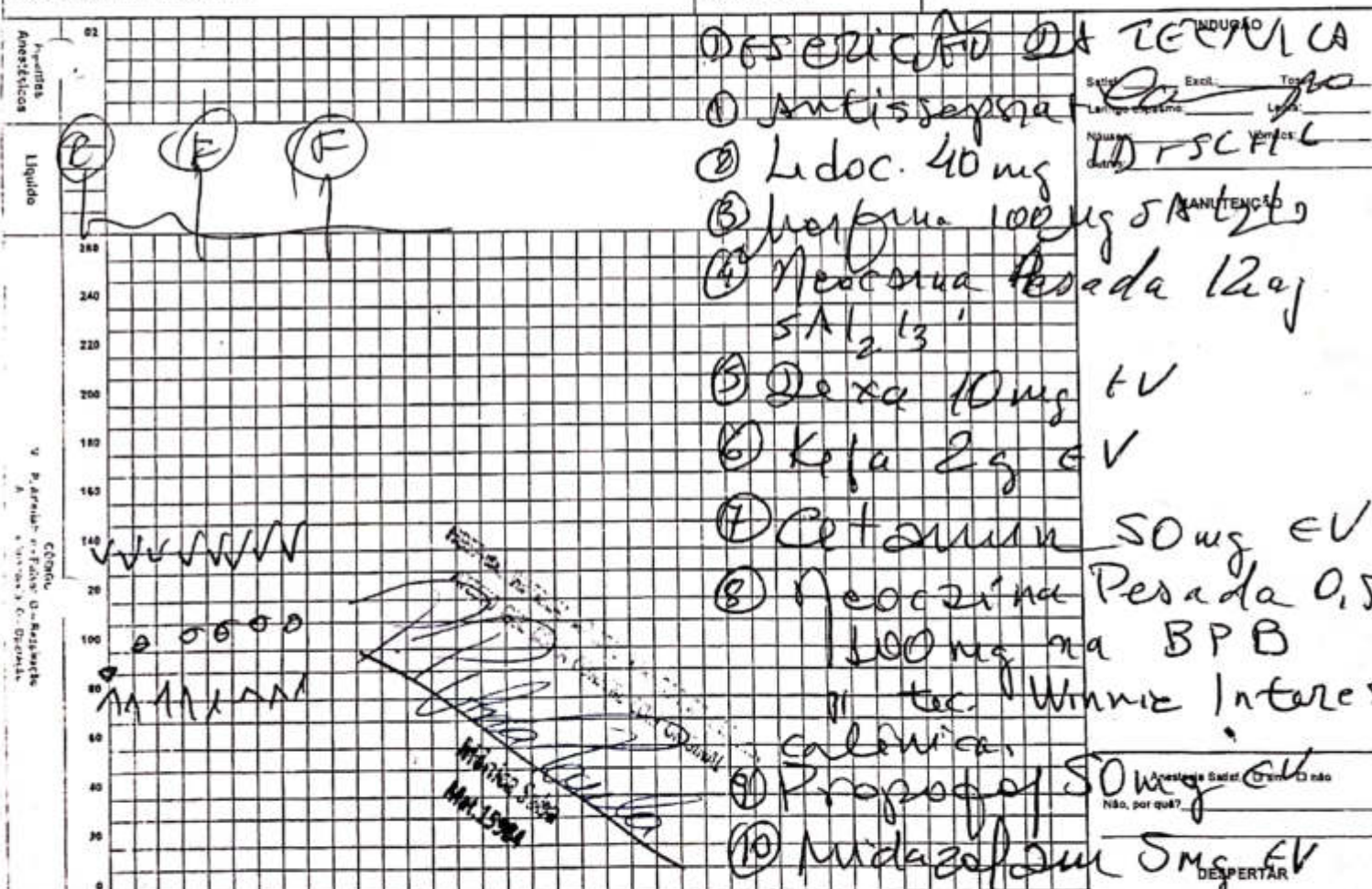
Enfermaria: _____ Leito: 57 2mos

Masc.

Data: <u>13/08/80</u>	Pres. Arterial: <u>16/08/2019</u>	Pulso: <u>90</u>	Respiração: <u>28</u>	Temperatura: <u>37°C</u>	Peso: _____	Altura: _____
Tipo Sanguíneo: _____	Hemácias: _____	Hemoglobina: _____	Hematócrito: _____	Glicemia: _____	Uréia: _____	Outros: _____
Urina: _____						

Ap. Respiratório: <u>ndu</u>	Asma: <u>N</u>	Bronquite: <u>N</u>
Ap. Circulatório: <u>ndu</u>	Eletrocardiograma: _____	
Ap. Digestivo: <u>rgm</u>	Dentes: <u>ndu</u>	Pescoço: <u>ndu</u>
Estado Mental: <u>O.C.C.C.</u>	Atarácicos: <u>N</u>	Corticóides: <u>N</u>
Diagnóstico Pré-operatório: <u>1. Frot. Patol. 2. Frot. Ap. Extensor. 3. Frot. Osteobr. 4. Perda de substância</u>	Alergia: <u>N</u>	Hipotensores: <u>N</u>
Anestesias Anteriores: _____	Estado Físico: <u>ASA I</u>	Risco: _____

Medicação Pré-anestésica: _____	Aplicadas às: _____	Efeito: _____
---------------------------------	---------------------	---------------



Agentes: <u>Vide descrição</u>	Cânulas: _____
Técnica: <u>1. BSA 2. BPB 3. AGU</u>	
Operação: <u>1. Frot. Cir. Frot. Ant. Obr. 2. Frot. Cir. Frot. Patol. 3. Frot. Cir. Frot. Patol. 4. Frot. Cir. Frot. Patol.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Gabriel Ximenes + Dr. Rafael Cavalcanti</u>	
Anestesistas: <u>Dr. ALCONE</u>	
Observações: <u>Dr. José Alcione M. Gomes Anestesiologista CRM-CE 4497</u>	Perda Sanguínea: _____

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEUT. MARIA JOSÉ SAUNDERS DE OLIVEIRA
FARMÁCIA DO PARANÁ
Av. Paulo de Faria, 1307 - Paranaíba - CEP 60210-000 - Fone (85) 3101-1011 - Fax (85) 3101-1012

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

385539

Paciente: MANOEL MARIANO MONTENEGRO

Data da Operação: 10/08/19 Enfermaria: Leito:

Operador: GABRIEL XIMENES

1º Auxiliar: RAFAEL CAVALCANTE

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: ALCIONE

Tipo de Anestesia: RAQUIANESTESIA

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE PATELA (E) + LACERAÇÃO

APARTELO EXTENSOR

Tipo de Operação: TTO CIRURGICA FRAT. PATELA + RECONSTRUÇÃO DO

APARTELO EXTENSOR

Diagnóstico Pós-operatório: O MEMBRO

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato: MO - X

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

1) MEMBRO DEBILITADO POR FRAT. SOB ANESTESIA

2) ASPIRATA + ANESTESIA + ASPIRATA (VÍDEO ESTERILIZADO + PASSAGEM DE FALSA DE SINTONIA)

3) ACESSO MEDIANO NO JOELHO (E) POR PLACAS

4) RECONSTRUÇÃO DA FRATURA DE PATELA COM RESSACAÇÃO DO MIO MUSCULO E RECONSTRUÇÃO DO APARTELO EXTENSOR COM PONTOS DE KRAHOFF AVULSO COM FIOS DE ETWING S.O. E FIXADO A PATELA POR TILAS TRANSDERMICAS.

5) UMNESIA COM SF 0,5%

6) SUTURA POR PLACAS

7) UMNESIA + ANESTESIA DE FALSA

8) TALA TUBO

9) A SA

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Endereço: Colônia 17/1011 1306/1306-1306
CRM-CE 145377/1307 1306/1306-1306

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
Endereço: Colônia 17/1011 1306/1306-1306

Paciente: **MANOEL MARCELO MONTENEGRO**

Data da Operação: **16/10/19** Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: **RAFAEL GUARANTE**

1º Auxiliar: **GABRIEL VIMONES**

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: **ALCANTARA**

Tipo de Anestesia: **BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL (E) + SEDACAO**

Diagnóstico Pré-operatório: **FRATURA DE AUTÓRADIO (E) COM PERDA ÓSSEA**

Tipo de Operação: **TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA AUTÓRADIO (E) + OSTEOTOMIA**

Diagnóstico Pós-operatório: **O MESMO**

Relatório Imediato Patologista: **Ø**

Exame Radiológico no ato: **INDO-X**

Acidente durante a operação: **Ø**

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visuais

- 1) TRAUMATISMO POR IMPACTO SOBRE AUTÓRADIO
- 2) ASSOCIADA À ANTERIOR + APOSIÇÃO COMPLEXA OSTEOCLAS + PERDA ÓSSEA NA FRATURA
- 3) ACESSO SOBRE A UNHA POR PUNÇÃO COM INDENTIFICAÇÃO NA FRATURA AO 1/3 DISTAL CONTÍNUA
- 4) REALIZAÇÃO OSTOTOMIA PARA REDUÇÃO DA FRATURA
- 5) FIXAÇÃO COM 01 PUNTA 1/3 DE CAVO 3,5mm + 04 PUNTA FUSOS COLÁGENOS 3,5mm + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE DENTE COLÁGENO NA PORÇÃO CONTÍNUA
- 6) IMPRIMA SF.O, 95
- 7) SUTURA POR PUNÇÃO
- 8) CURATIVO + POSICIONAMENTO DA FRATURA
- 9) TALA ALVO - PUNTA 0
- 10) A 52

Dr. Gabriel Vimonas Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 153170 - RQE: 153170-153170

Dr. Rafael de Lima Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 153170 - RQE: 153170-153170

Paciente: MANOEL MARQUES MONTENHO

Data da Operação: 16/10/81/19 Enfermaria: Leito:

Operador: GABRIEL XIMENES

1º Auxiliar: RAFAEL GUARACHTS

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: ALCIONE

Tipo de Anestesia: RAQUIANESTESIA

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE PATELA (E) + LUXAÇÃO DO
APARATO EXTENSORTipo de Operação: TTO CIRURGICA MAT. PATELA + REAUMENTO DO
APARATO EXTENSOR

Diagnóstico Pós-operatório: O Membro

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato: NO - X

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceais

- ① Membro direito do dorso sob anestesia
- ② ACESSO + ANESTESIA + APOSES + LIGAM. EXTENS. + PASSAGEM
DE FLEXA DE SUTURA.
- ③ ACESSO MEDIANO NO JOELHO (E) POR PLACAS
- ④ TRATAMENTO DA FRATURA DE PATELA COM RESSACA DO
NO DO MISTAL E REAUMENTO DO APARATO
EXTENSOR COM PONTOS DE KRAHOF ALIADO COM
FIOS DE BROWNE S.O. E FIXADO A PATELA
POR TUBOS TRANSVERSAIS.
- ⑤ UMNESA COM SF O, S.
- ⑥ SUTURA POR PLACAS
- ⑦ UMNESA + PATELA DE FLEXA
- ⑧ TALA TUBO
- ⑨ A SUTURA

Dr. Gabriel Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Amb. e Clínica - Rua da Escola
CRMCE 14557/14501/14565/14519

Dr. Rafael Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRMCE 14557/14501/14565/14519

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Name:

NUMBER IN. NUMBER

Prontuário

Enform.

Leito

Data Internacional

Diagnóstico

72108 13019

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
12	{ Fratura exposta de patela
8	{ Fratura fechada de ULNA distal
19	Machucado por mecanismo de impacto a fratura de patela (exposta). Sem programação cirúrgica definitiva indica-se tratamento cirúrgico da fratura fechada do ulna distal.
	#12/08/19# M.M.M., 57a, masculino. Admitido no SRPA com POI de LC de fratura exposta em patela (E). Inclui consciente, orientado, eupneico em ar ambiente. CVP em MDN pévrio. Eliminações ausentes no período. Rego HAS + DM + alergia medicamentosa. Segue aos cuidados da equipe.
13/08/19	Realizado cirurgia de imobilização cirúrgica na joelho e mmb ATB. Agendar cirurgia definitiva.
	Carlos Windson C. Mota Traumatologia Ortopedia CRM 7799
13/08/19	M.M.M. 57g; 140 = H exposta de patela (E). Encaminhado para o posto 1 L. 102. Seguido pelo enfermeiro de enfermagem.
	Maria Rocha Oliveira

COREN:454.339

Frontiers in

DATA	EVOLUÇÃO
13/08/19	12h paciente admitido vindo do CC após realizar (LC) por fratura exposta em patela E. Estável, comunitário, orientado e verbalizando, nega alergias e comorbidades. Segue em uso de antibiótico e analgésico. <i>R. P. Silva</i> Márcia 71589
14/08/19	Paciente em ATB e paracetamol controlando sintomas, sem intercorrências. Transfere para EVOLUÇÃO com PIOT Hipertensão. <i>SEDE</i> pressão normal.
	<i>Dr. Hilário Queiroz</i> Traumatologia CRM 7819
14/08/19	M.M.M.D, 57 anos, H.D: P.O LC. por fratura exposta em patela E. Evolui: gita-vel, comunitário, orientado, verbalizando, sem preceitos, apático, não responde. Segue em observação, aguardando cirurgia definitiva. <i>Dr. P. R. Rendon</i> CRM 33135
15/08/19	E.G.R. 24 anos. Aguardando cirurgia definitiva. <i>Carlos Windsor C. Costa</i> Traumatologia Ortopedia CRM 7799
	<i>Atestado que este documento é original</i> <i>R. P. Silva</i> Márcia 71589
	CRM - MÉDICO (A)

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

	Unidades	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir sequida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

SINAIS VITAIS	
..	23.30 24.00
P.A.:	17x75x32x35
TEMP.º:	36.4°C
P/MIN.:	124/min
M.V./MIN.:	98/50x99

NOME:

marcelo m. matos

IDADE:

57

ENF.:

102

LEITO:

102

Nº. PRONTUÁRIO:

102

DATA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÃO

RUBRICA

12

Prescrição

24

26

SN Pol. adon na. h.uma.

rubrica

13

Prescrição

24

Verbaliza. não dormiu

rubrica

14

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

15

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

16

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

17

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

18

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

19

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

20

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

21

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

22

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

23

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

24

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

25

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

26

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

27

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

28

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

29

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

30

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

31

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

32

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

33

Prescrição

em m. b. 8. encaminhado

rubrica

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir assinada obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Unidade	Intensidade	Medida
11:		
16:		
20:		
06:		

SINAIS VITAIS	HC	RIO:
PA:	7.30	
TEMP.:	17.5X10.1	
P/MIN.:	26.58	
M.V./MIN.:	106	

NOME: Mamede Marques Monteiro IDADE: 57 ENF.: A LEITO: 302 Nº. PRONTUÁRIO: 385539

DATA: 17/08/19 PRESCRIÇÃO MÉDICA ASSINATURA: [Assinatura] HORA DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS: 5h17

DIETA GERAL
 IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 HS
 DIPIRONA 01 AMP+18 CC SF EV 6/6 HS SN
 TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN
 SINAIS VITAIS

17/08/19 PM 6h 12

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Gastroenterologia - Internista
 CREA: 14.000

[Assinatura]
 Dr. Roberto Mendes Rodrigues
 Ortopedia - Traumatologia
 CREA: 14.000

[Assinatura]
 Enfermeira Sônia
 ANP: 15984

VAL DA EM TODA O TERRITORIO NACIONAL

DATA DE
EXPEDICAO 22/10/1999

NUMERO 99098482810

NOME MANOEL MARQUES MONTEIRO

SUBNOME JOSE GONCALVES MONTEIRO E FRANC
ISCA MARQUES MONTEIRO

DATA DE NASCIMENTO

28/6/1952

MAFRANQUAPE-CE

NUMERO CERT. NASC. 340 L. 3A/01

170 FRANQUE SAMARANDUAPE/CE



Assinado o
Assinatura do Diretor

19 DE 2000

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



FOLHA DE IDENTIFICACAO



ANALFABETO (M)

SECRETARIA DE JUSTIÇA



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

609.201.863-27

Nome

MANOEL MARQUES MONTEIRO

Nascimento

28/06/1962

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200150789 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO **Data do acidente:** 12/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE ULNA ESQUERDA; FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO E JOELHO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO E JOELHO ESQUERDOS

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

609.201.863-27

Manoel Marques Monteiro

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Manoel Marques Monteiro

609.201.863-27

autônomo

Rua A, Conj. São Francisco

22

Canindezenho

Fortaleza

CE

60731-425

(85) 98781 6626

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Mercantil Pagu

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 73899377956

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Francisco Marques Monteiro

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

619.884.133-90

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Francisco Marques Monteiro

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Hugo de Sousa Rodriguez

CPF: 04674128269

Hugo de Sousa Rodriguez

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Clelia Jane Soares

CPF: 511.412.623-49

Clelia Jane Soares

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Fortaleza, 25 de Agosto de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito



Francisco Mangus Monteiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROTEÇÃO CIVIL E SOCIAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008917064 - 9

DATA DE
EXPEDIÇÃO

16/09/2014

NOME

FRANCISCO MARQUES MONTEIRO

FILIAÇÃO

JOSE GONÇALVES MONTEIRO

FRANCISCA MARQUES MONTEIRO

NATURALIDADE

MARANGUAPE - CE

DATA DE NASCIMENTO
15/01/1956

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 4 ZONA TERMO: 122738 FOLHA: 201 V
LIVRO: A 115 FORTALEZA - CE

CPF

Assinatura
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

1 VIA



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

619.887.133-90

Nome

FRANCISCO MARQUES MONTEIRO

Nascimento

15/01/1958

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO MARQUES MONTEIRO

 RUA A CJ SAO FRANCISCO, 22, CANINDEZINHO
FORTALEZA - CEP: 60731-425

Codificacao: 001.065.0677.0332.0000.00.00

ECONOMIAS

 Residencial: **001** | Comercial: **000** | Industrial: **000** | Pública: **000**
INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral ^{m³}
AGUA	A06F418589	516	525	9	7

DATAS

Leitura atual: 20/02/2020 Emissão: 20/02/2020 Lacre água: 2930510

~~Leitura anterior: 21/01/2020~~ Próxima leitura: 21/03/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

12/2019

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	577	577	577	577	577
Em conformidade	575	577	575	563	576

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	28,30	fev/19	8	0
		mar/19	8	0
		abr/19	9	0
		mai/19	8	0
		jun/19	8	0
		jul/19	8	0
		ago/19	7	0
		set/19	8	0
		out/19	8	0
		nov/19	8	0
		dez/19	7	0
		jan/20	7	0

IMPOSTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27
COFINS	1,35

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	41,10
VALOR DO SUBSIDIO	12,80
VALOR TOTAL A PAGAR	28,30

MÊS/ANO
VENCIMENTO
TOTAL A PAGAR (R\$)
02/2020
09/03/2020
28,30

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

EMISSÃO: Imediato App. Faei: 3567305281701 Leit.: 0315 Data: 20/02/2020 H: 09:14:02 R: 105 Via: 001

190

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO

Elidia Jane Soares

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

92049010011

DATA DE EXPIRAÇÃO 5/6/1992

CLELIA JANE SOARES

RAIMUNDO VITORIANO SOARES E MAR
GABRIELA ESTILO SOARES

NACIONALIDADE

SAD PAULO-SP

DECLARACAO CERT. NASC. 9054 L. 1009 F.

280 STA QUITERIA CE

51147262349

POSTALIZACAO

DATA DE NASCIMENTO
9/5/1976

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

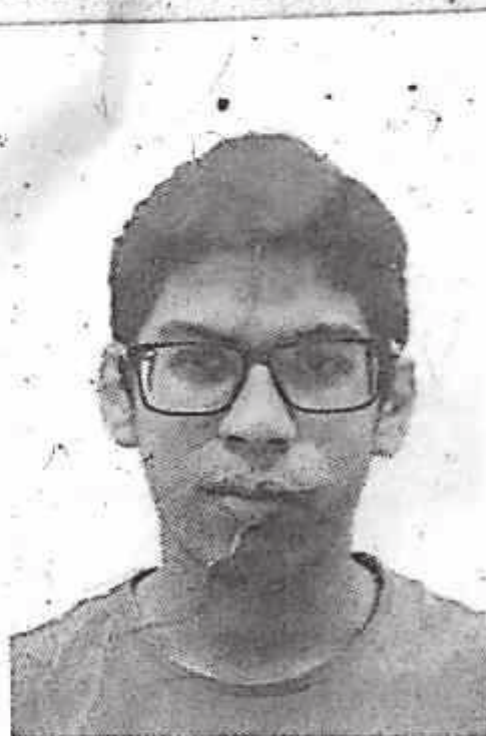
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



PROIBIDO PLASTIFICAR



Polegar Direito



Hugo de Sousa Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS ORIO & SOUS

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2007424274-6

DATA DE
EXPEDIÇÃO

28/02/2018

NOME

HUGO DE SOUSA RODRIGUES

FILIAÇÃO

JOÃO AFONSO OLIVEIRA RODRIGUES

JONILDA MARIA DE SOUSA ROCHA

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO

11/10/1999

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MONDUBIM TERMO: 36762 FOLHA: 181V
LIVRO: A/34 FORTALEZA - CE

CPF

2 VIA

Pernando Lima
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 4

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS SBC & CIA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117362/20

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

CPF: 609.201.863-27

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/08/2019

Titular do CPF: MANOEL MARQUES MONTEIRO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MANOEL MARQUES MONTEIRO : 609.201.863-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/04/2020
Nome: MANOEL MARQUES MONTEIRO
CPF: 609.201.863-27

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

MANOEL MARQUES MONTEIRO

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117362/20

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

CPF: 609.201.863-27

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 12/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL MARQUES MONTEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

MANOEL MARQUES MONTEIRO : 609.201.863-27

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/04/2020
Nome: MANOEL MARQUES MONTEIRO
CPF: 609.201.863-27

MANOEL MARQUES MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020
Nome: ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA
CPF: 033.812.743-76

ANA LAIS DE CARVALHO BAYMA