

 **Poder Judiciário**
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

▼ MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

! Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01621179-0** em **17/12/2020 10:40:51**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0268553-75.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01621179-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 17/12/2020 10:40:51

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2775068_CONTESTACAO_01 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2775068_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-21.pdf

Downloads

Anexar documentos : Realizar download dos documentos da petição
Recibo : Realizar download do recibo

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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.

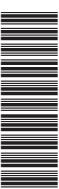
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 4 - Nome completo da vítima: <i>Manoel Marques Monteiro</i> | | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | | |
| 5 - Nome completo: | <i>Manoel Marques Monteiro</i> | | 6 - CPF: | 609 201 863-27 |
| 7 - Profissão: | <i>autônomo</i> | | 8 - Endereço: | <i>Rua A, Conj 500, São Francisco</i> |
| 9 - Número: | 10 - Complemento: | | 11 - Bairro: | <i>Centro</i> |
| 12 - Cidade: | <i>Fonte Lapa</i> | | 13 - Estado: | <i>CE</i> |
| 14 - CEP: | 60731-105 | | 15 - E-mail: | <i>185781816626</i> |
| 16 - Tel.(DDD): | 15 - Tel.(DDD): | | 17 - Nome completo do Representante Legal: | |

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTON 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:

- | | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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. Analise uma opção)

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (340) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: *Nubank*AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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 AUSÉNCIA 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 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: | 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros): | <input type="checkbox"/> Sim | 31 - Vítima teve irmãos? | <input type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim |
| | <input type="checkbox"/> Não | Falecidos: | | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não | Falecidos: | | pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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.

NÃO ALfabETIZADO

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)

40 - Local e Data, *Fonte Lapa, 15 de abril de 2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: *Flávio de Souza Rodrigues*CPF: *016.121.082-69**Flávio de Souza Rodrigues*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Clelia Tome Soares*CPF: *511.472.673-49**Clelia Tome Soares*

Assinatura da testemunha



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: Canindéjulho | 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:

| | | |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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 (342)

Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Nubank

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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.

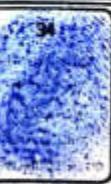
DECLARAÇÃO DE ÓBICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (nênsquez)? 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)

619.887.133-90

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

Francisco Marques Monteiro

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: Hugo de Souza Rodrigues

CPF: 076.731.283-69

Hugo de Souza Rodrigues

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Clelia Jane Soares

CPF: 511.472.623-49

Clelia Jane Soares

Assinatura da testemunha

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

| | | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: | | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: | 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. 500, São Francisco |
| 11 - Bairro: | Canindépolis | | 12 - Cidade: | Fonte Lapa |
| 13 - Estado: | CE | | 14 - CEP: | 60731-105 |
| 15 - E-mail: | | | 16 - Tel.(DDD): | (85) 78181 6626 |

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTON 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:

- | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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. Analise uma opção)

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (340) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)Nome do BANCO: **Nubank**AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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 AUSÉNCIA 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 atende 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 pericôaneas 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) | <input type="checkbox"/> Divorciado | <input type="checkbox"/> Separado judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima: | | | | |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): | | | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: | | | | |
| 28 - Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: | 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeira)? | | | 31 - Vítima teve irmãos? | <input type="checkbox"/> Sim | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sim |
| | <input type="checkbox"/> Não | Falecidos: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim | Falecidos: | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias 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.

**Francisco Marques Monteiro**

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

619.887.133-90

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

Francisco Marques Monteiro

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

40 - Local e Data, **Fonte Lapa, 15 de abril de 2020**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

ESTAMPAS

38 - 1º | Nome: **Flávio de Souza Rodrigues**

CPF: 046 121 082-69

Flávio de Souza Rodrigues

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **Chélia Tome Soares**

CPF: 511 472 673-49

Chélia Tome Soares

Assinatura da testemunha

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

BRADESCO05112020050000000002370716000000594925337500 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

BRADESCO05112020050000000002370716000000594925337500 PAGO



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIA

DADOS PESSOAIS

| | | |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------|
| NAME DO PACIENTE MANOEL MARQUES MONTEIRO | Nº DO PRONTUÁRIO 385539 | Nº DO BE 284203 |
| LACRUS | NASCIMENTO 28/06/1962 (57 ANOS) | SEXO M |
| DOCUMENTOS | | RACACOR PARDO |
| NAME RESPONSÁVEL NI | ENDEREÇO RUA LURDES DE LEITE 484 CANINDEZINHO | NAME MAE FRANCISCA MARQUES MONTEIRO |
| MUNICÍPIO FORTALEZA | UF CE | CONTATO |
| CNP NI | | |

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| PTACIENTE TRAZIDO PELO SAMU USB M04, REFERE TRAUMA EM PATELA ESQUERDA E LACERAÇÕES, APÓS ATROPELAMENTO | MOTIVO ATROPELAMENTO | ESCALA DE DOR 99 (ADULTO) |
| NI | SINAIS VITais | |
| NI | PRESSÃO ARTERIAL 180/100 | SATÉPS 98% |
| NI | ALTERAÇÕES NEGA | PULSO 110 |
| NI | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA | GUICEMA NI |
| VE | ÁREA ATENDIMENTO | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 12/08/2019 19:03:11 |

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

203050200

| | | |
|----------------------------------------------------------|-------------------|------|
| DIAGNÓSTICO | CÓD. PROcedimento | CÓD. |
| () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAI-O-X | () OUTROS | |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MÉDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|---------------------------------------------------|-------------|-------------|
| trazos de sangue na pataca | | (6) |
| interno da pataca sangria e urticaria. | | |
| curativo. Fazendo de cima para baixo (6) curativo | | |
| curativo 2x no abdômen | | |
| preferível com gelo a gelo | | |

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

CARÁBIO 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

PREFECTURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO CIVIL PERNAMBUCANA
AV. Deputado Deputado J. J. 117 - Pernambuca - CEP 60136-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (085) 3232-7222

ENTRADA DE REPPRENSA E REPARAMENTO DE INTERNACAO DE FORTALEZA - CEP 60136-000 - PRF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº 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

Márcia Menezes monteiro

ENDERECO DO PACIENTE

RUA LURDES DE LEITE Nº 484

BAIRRO

CANIDEZINHO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

28/06/1962

SEXO

1.□ MASC 2.□ FEM

CONDICAO

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

E DA MÃE

FRANCISCA MARQUES MONTEIRO

DADOS DA INTERNACAO

CRM MÉDICO SOLICITANTE

00267458385

CRM E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CRM E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSAO

12/08/2019

Dr. Casemiro Medeiros
Diretor Médico HDMJBO

CRM - CE 5618

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACAO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Son ~ Tontura e vertigo (S)

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACAO

CRM 617

Monica Sá
Mat. 1544

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R

12/08/19

DIAGNÓSTICO INICIAL

Enxaqueca exposta ao
patente (t) e factos

TIPO DE CLÍNICA

- 1.□ CIRÚRGICA 2.□ OBSTÉTRICA
3.□ CLÍNICA MÉDICA 4.□ TISIOPEUMOL
5.□ PSIQUIÁTRICA 6.□ PEDIÁTRICA
9.□ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Dr. JAMES DISTOLAS

Internista

CRM - 617 Linhares Garcia
Cirurgião-Dentista - 1327-5500

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Nome: Manoel Marques Monteiro

Enfermaria: Leito:

FOLHA DE ANESTESIA

Prontuário Nº: 385539

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|--------|---------|
| Data: <u>12/08/19</u> | Pres. Arterial: | Pulso: | Respiração: | Temperatura: | Peso: | Altura: |
| Tipo Sanguíneo: | Hemacias: | Hemoglobina: | Hematórito: | Glicemia: | Uréia: | Outros: |
| | Urina: | | | | | |

| | | |
|-------------------|-------|------------|
| Ap. Respiratório: | Asma: | Bronquite: |
|-------------------|-------|------------|

| | |
|-------------------|--------------------|
| Ap. Circulatório: | Eletrocardiograma: |
|-------------------|--------------------|

| | | | |
|----------------|---------|----------|---------------|
| Ap. Digestivo: | Dentes: | Pescoço: | Ap. Urinário: |
|----------------|---------|----------|---------------|

| | | | | |
|----------------|-------------|--------------|----------------------|---------------|
| Estado Mental: | Ataráxicos: | Corticóides: | Alergia: <u>Ning</u> | Hipotensores: |
|----------------|-------------|--------------|----------------------|---------------|

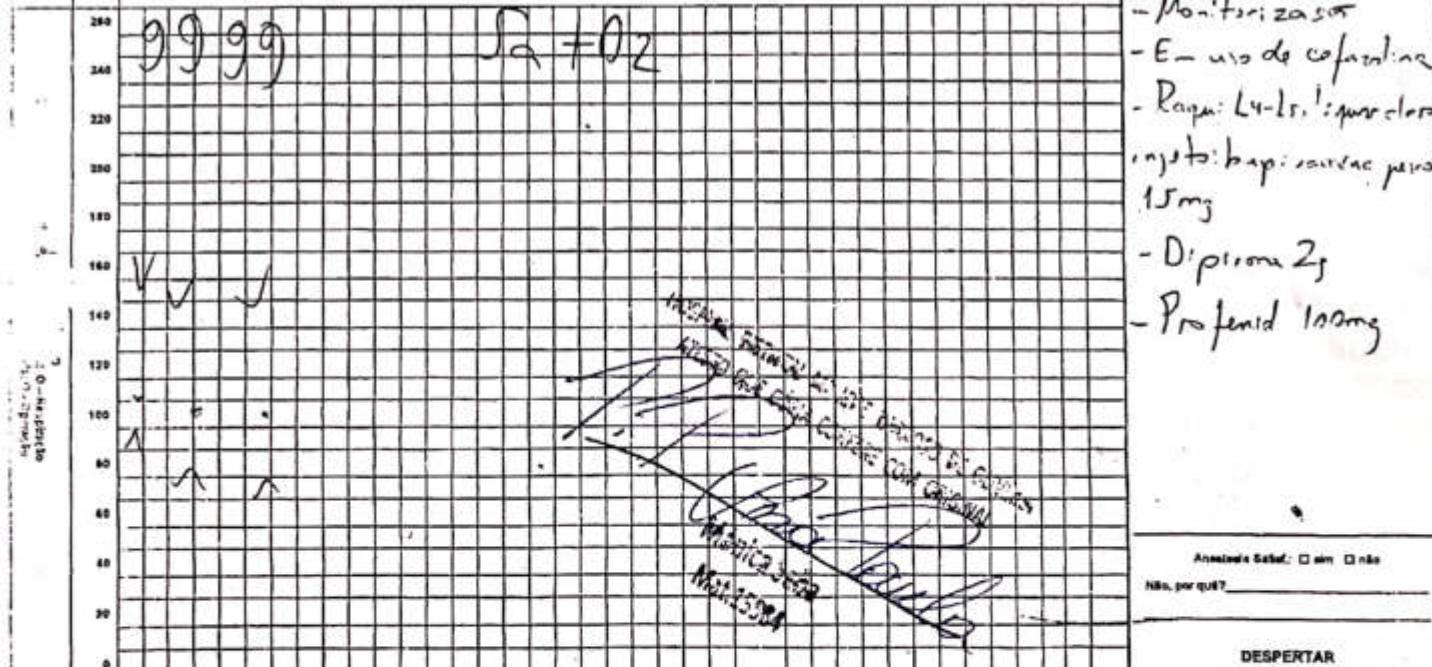
| | | |
|-----------------------------|----------------|-------------------|
| Diagnóstico Pré-operatório: | Estado Flsico: | Risco: <u>I-E</u> |
|-----------------------------|----------------|-------------------|

| | | |
|--------------------|--|--|
| Lesões Anteriores: | | |
|--------------------|--|--|

| | | |
|----------------------------------------------|---------------|---------|
| Medicação Pré-anestésica: <u>23:10 60:30</u> | Aplicadas às: | Efeito: |
|----------------------------------------------|---------------|---------|

| | | | | |
|-------------------------------------|----|----------------|--------------|--------------|
| Anestesia Anestesia Anestesia | 01 | INDUÇÃO | | |
| | | Respir.: _____ | Espr.: _____ | Tosse: _____ |

| | | | | |
|----------------------|----|-------------------------------------|----------------|---------------|
| Eletrodo Eletrodo | 02 | Laringe espasmo: _____ Lento: _____ | | |
| | | Náuseas: _____ | Vômitos: _____ | Outros: _____ |



REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

385539

Paciente: Mamél Marques MonteiroData da Operação: 12/08/19 Enfermaria: Leito: Operador: Rosine BragaFEIXE B. LUMBAR 1-2
TALVIZIS: C6-7
COM: 1-2

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiista:

Dr. Tiago Victor Sousa Chagas
 Médico Anestesiologista
 CRM 11.731

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório: Enxerto de pele

Relatório Imediata Patologista:

ne Radiológico no ato:

dente durante a operação:

Cirurgia: Contaminada Infectada

DESCRITIVO DA OPERAÇÃO

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

Aspirado parcialmente
 Anestesiada
 Acesso ao Abdômen
 Desm体现o de tecidos desvanece-se no fundo
 Interna à pele
 Visão clara
 com formação de fístulas com formação de fistulas
 com o colo 2 recto formando o anel
 formado. Vaginal e inferior recto (anel de comunicação entre elas)
 urinária
 reto recto

*Pronto para
 08/08/2019*

*Monica Sába
 10/11/2019*

PROTÓTICO

Nome: MANOEL MARQUES MONTEIRO
 Enfermaria: _____ Leito: 57 anos

 Prontuário N°: 38 55 39
 Masc.

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------------------|--------------------|-----------------------|--------------------------|--------------|---------------|
| Data: <u>130/80</u> | Pres. Arterial: <u>16/08/2019</u> | P脉: <u>90</u> | Respiração: <u>28</u> | Temperatura: <u>37°C</u> | Peso: _____ | Altura: _____ |
| Tipo Sanguíneo: _____ | Hemacias: _____ | Hemoglobina: _____ | Hematórito: _____ | Glicemia: _____ | Uréia: _____ | Outros: _____ |
| Urina: _____ | | | | | | |

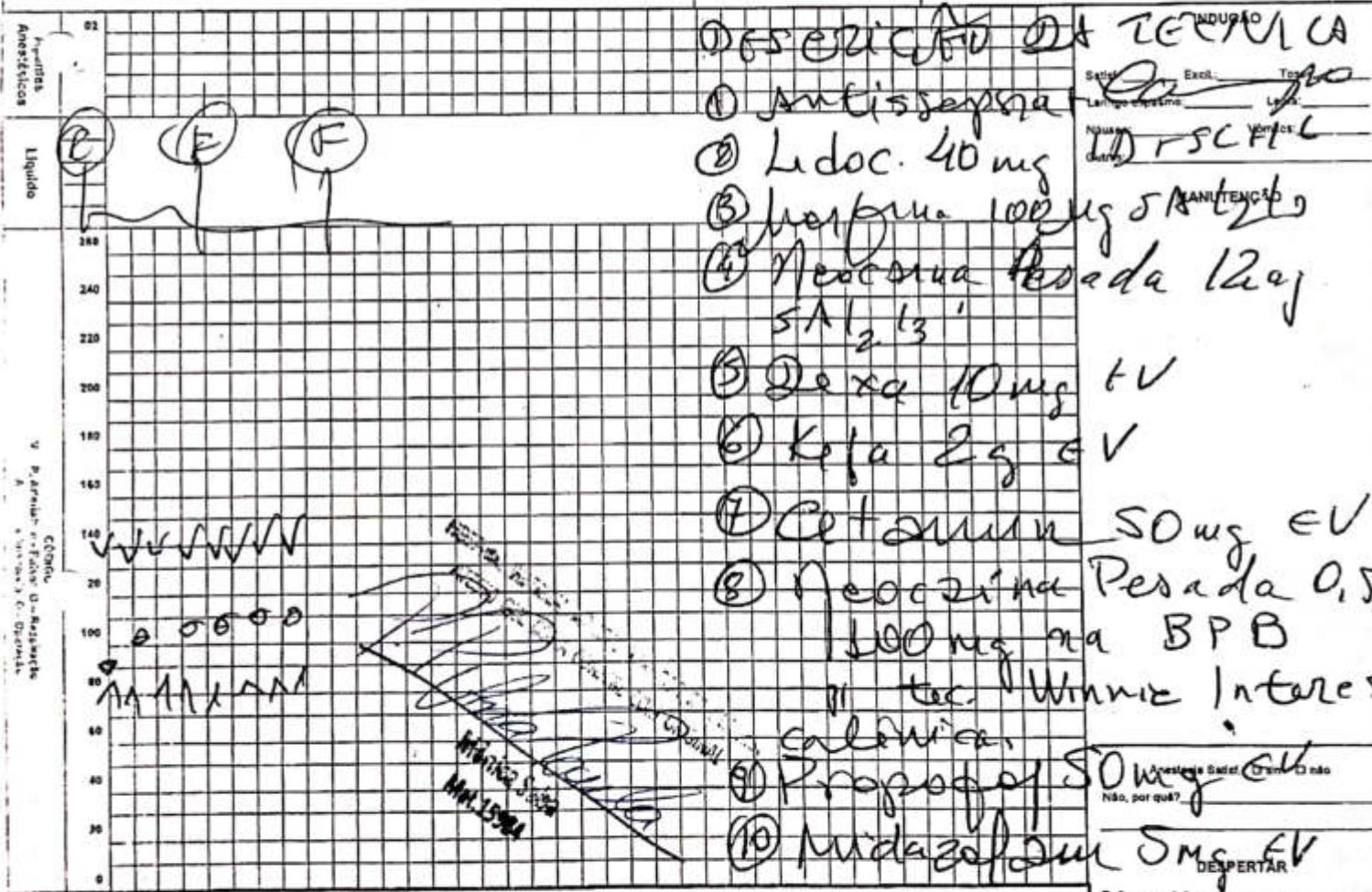
 Ap. Respiratório: ndu Asma: ✓ Bronquite: ✓
 Ap. Circulatório: ndu Eletrocardiograma: _____

 Ap. Digestivo: ndu Dentes: ndu Pescoco: ndu Ap. Urinário: ndu
 Estado Mental: O. C.C. C. Ataráxicos: ✓ Corticóides: ✗ Alergia: ✗ Hipotensores: ✗

 Diagnóstico Pré-operatório: ① Frot. Patefa ② Frot. Ap. Extensor. Estado Físico: ASA I Risco: 2
 ③ Frot. anteb. ④ Perda de substância

Anestesias Anteriores:

Medicação Pré-anestésica: Aplicadas às: Efeito:



Agentes: Vide descrição

Técnica: ① BSA ② BPB ③ AGU Cânulas: _____Operação: ① Frot. Cr. Frot. Anterior. ② ElectromiaCirurgião: ③ Frot. Cr. Frot. Patefa ④ Pectenul. Sp. Ext.Anestesista: Dr. Gabriel Ximenes in de Rafael CarvalhoAnestesista: Dr. ALCUNDEObservações: Dr. José Alcione M. Gomes
 Anestesiologista
 CRM-CE 4497

Perda Sanguínea:

REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

38.5539

Paciente: MANOEL MARQUES MONTESData da Operação: 16/10/81/18 Enfermaria: Leito:Operador: GABRIEL XAVIER1º Auxiliar: RAFAEL GUARACU

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: ALCIONÉTipo de Anestesia: ANESTESIADiagnóstico Pré-operatório: FRATURA NO PATELA (E) + MÍDIA NO
MÚTRICO EXTERIORTipo de Operação: TTO CIRÚRGICO MAT. PATELA + DRAINAGEM NO
ARTÍCULO EXTERIORDiagnóstico Pós-operatório: O MÉTODORelatório Imediata Patologista: 0Exame Radiológico no ato: MJO - XAcidente durante a operação: 0Cirurgia: Contaminada Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

① INJETE NEUROGLO NERVO SOB ANESTESIA② ACESSO + AVANCISIA + APOSETO (AVIOS ESTIBOS + PASSAGEM
DE FAXA NO SINAL)③ ACESSO MEDIANO NO JOGOVO ④ POR PINSOS⑤ TRAMAMUNDO DA FRATURA NO PATELA COM APOSETO
NO PTO AVANTAL + PRAVAMENTO NO APONTEIRO
EX TENSOR COM PONTOZOS DE KARLOFF NUNCA COM
ROS NO ETIBRACHIO E O B FIXADO A PATELA
POR TUNOS TRANSSESSORES.⑥ SUMIDA COM SF 0,5%⑦ SUMIDA POR PINSOS⑧ CINTO + ADERIDA NO FAXA⑨ TALA TUBO⑩ A SA

Dr. Gabriel Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia Especializada
CRMCE 1457 / COT 1500 / RCR 259

Dr. Rafael da Silva Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRMCE 1457 / COT 1500 / RCR 259

REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

385539

Paciente: ANTONIO MARCELOS MENTINO

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

Operador: RAFAEL GUIGONTE

1º Auxiliar:

GABRIEL XIMENES

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

ALCANTARA

Tipo de Anestesia: BLOCO GERAL PLAX BANDEIRANTE (E) + SORVETE

Diagnóstico Pré-operatório: FRACTURA DA AUTOMACAO (E) COM FORMA OSSEOSA

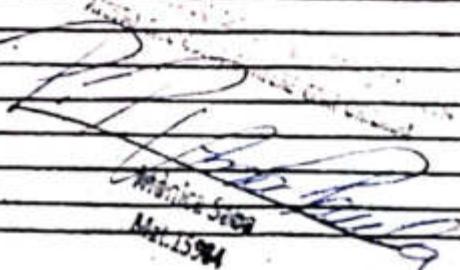
Tipo de Operação: TRAUMATOLOGIA MUSCULAR FRACTURA AUTOMACAO (E) +
OSTEOTOMIA

Diagnóstico Pós-operatório:

O MESMO

Relatório Imediata Patologista:

X



Exame Radiológico no ato: RAYO-X

Acidente durante a operação:

O

Cirurgia: Contaminada Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① PAUINHO DORSAL PESTA SÓS AUTOMACAO
- ② ACESSO + SUSPENSÃO + APÓS + COMO ESTABELESCER +
PACIENTE FICOU NO SISTEMA
- ③ ACESSO SOBRE A UNA POR FUNDOS COM INTRUSÃO
A FRACTURA NO 1/3 MÉDIO CONTINUA
- ④ NOVAMENTE OSTEOTOMIA PARA LIBERAR A FRACTURA
- ⑤ FIXAR COM OI PLATE 1/3 AG CAVO 3,5 mm +
04 PINS FUSOS CONGELADOS 3,5 mm + 05 TITANIO 1,6 mm
(COM FIO DE CONJUGACAO NA PERTIBIA CONTINUA)
- ⑥ IMPOR SF 0,95
- ⑦ SUTURA PELA FUNDOS
- ⑧ CINTURAO + DRENAGEM OB. FUSO
- ⑨ TMA ANJO - POMAR E
- ⑩ A SF

Dr. Rafael L. G. Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia e Traumatologia

REGISTRO DE
EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

38.5539

Paciente: MANOEL MARCONES MONTALVO

Data da Operação: 16/10/818 Enfermaria: Leito:

Operador: GABRIEL XIMENES

1º Auxiliar: RAFAEL GUARACUTO

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: ALCIONE

Tipo de Anestesia: ANESTESIA

Diagnóstico Pré-operatório: FRACTURA AO PATELA (E) + MUSCULOS NO
ABDOMEN EX TENSORTipo de Operação: TTO CIRURGICO MAT. PATELA + DRAINAGEM MUSCULOS NO
ABDOMEN EX TENSOR

Diagnóstico Pós-operatório: O ABDO

Relatório Imediata Patologista: P.J.

Exame Radiológico no ato: NO-X

Acidente durante a operação: P

Cirurgia: Contaminada InfectadaAn. 15984
Assinatura

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① MANTE NOVUS NO PATELA SOB ANESTESIA
- ② ACESSO + ANESTESIA + APOSETIS GANHOS ESTERILICOS + PASSAGEM DE FAXA NO SUTURAL
- ③ ACESSO MEDIANO NO JOelho (E) POR PLACOS
- ④ TRAUMA MUSCULOS NO PATELA COM PESSOAS (E)
NO PTO ANTERIOR E PRAEUMANHO NO ABDOMEN
EX TENSOR COM PONTOS DE KELDOFF AUSO COM
FIOS DE ETIBEND 5.0 E FIXADO A CAVO
POR TUMPS TRANSESSES.
- ⑤ SUMIDA COM SF 0,5
- ⑥ SUMIDA POR PLACOS
- ⑦ CINTO + NOVUS NO PATELA
- ⑧ TALA TTO
- ⑨ A S1

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Orto e Ostetra - Trauma de Esportes
CRMCE 14537/RCF 1235/RC2519

Dr. Rafael de Souza - Ortopedia e Traumatologia
CRMCE 14537/RCF 1235/RC2519

Nome:

MARCEL M. MANTES

| Prontuário | Enferm. | Leito | Data Internação | Diagnóstico |
|------------|---------|-------|-----------------|-------------|
| | | | 12/08/2019 | |

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 | Ensaio exposto es patela |
| 6 | Ensaio Fixado es ULNA distal |
| 13 | Ensaio de ensaio críptico e fratura de patela (C) e fratura de patela. Sintomas progressivamente aumentando. Indicar tratamento com base na fratura. Foi feita a ULNA distal. |
| | |
| | |
| | |
| | |

12/08/19

M. M. M., 57a, masculino. Admitido no SRPA com POI de LC de fratura exposto em patela (C). Envolvi consciente, orientado, espontâneo em seu ambiente. CVP em MSN pélvis. Eliminações ausentes no período. Negar HAS + DM + alergia medicamentosa. Segue nos cuidados da equipe. D.

13/08/19

realizado cirurgia de limpeza cirúrgica
na joelha e

mante ATB

Agendar cirurgia definitiva

Mar 15/08

Carlos Windsor C. Riota
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

13/08/19 M. M. M. 57a 140 = F patela do patela
(C). Ensaio mímico ap/1º patela 1.102. Segue na
cuidados de enfermagem

Maria F. F. Oliveira
Enfermeira

COREN:454.339

Prontuário

| DATA | EVOLUÇÃO |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13/08/19 | <p>12 h paciente admitido, tendo os exames realizados (L.G.) por Fratino (exposto em patela e estânel, cônus anteriores e retrogrados, nega alterações e comorbidades. Deve-se aos cuidados da enfermagem em uso de antibactericoterapêutico → <u>Pijama infantil 7/15/29</u></p> |
| 14/08/19 | <p>Manteve-se ATB ev. neuromuscular crônico definitivo, com intensa fraqueza e edema com pior hipertensão.</p> <p>SIDE passada mínima.</p> |
| | <p>Dr. Fábio Traumato-Ortoped CRM 7799</p> |
| 14 | <p>M.M.M. Stana, n.º: 1016. Faz 10 dias que sentia</p> |
| 08 | <p>maior dor na patela e envolve o estânel, calcanhar, joelhos, quadril, lombar, pescoço, ombro, nádegas, etc. Sendo</p> |
| 19 | <p>maior observar: progressão exacerbação definitiva.</p> |
| | <p><u>Ex/a Rontgen</u> Lema 23/135</p> |
| 15/08/19 | <p><u>Ex/a R. 2/8/61</u></p> |
| | <p><u>Aggravando exacerbação definitiva</u></p> |

Cátia Wanda C. Rosta
Traumato-Ortoped
CRM 7799

CRM - MÉDICO (A)

Nome:

MICEL MAGIIS MONTEIRO

Promtuario

Enferm.

Laito

Data Internação

Diagnósticos

10/10/2014

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

10/10/2014 TECNICO SISTEMICO E DO CIRURGO
EST. MTO. E MTO. (E, S)
INCONCUER

O:O A SA

~~DATA DE EMISSÃO
01/10/2014
PRAZO DE VIGÊNCIA
01/10/2014~~

10/10/2014 Paciente com histórico de sintomas de PIZ
desenvolvendo náusea, vômito, constipação e dispneia
sem febre, no momento, segue com os condic.
de estabilidade

10/10/2014

~~DATA DE EMISSÃO
01/10/2014
PRAZO DE VIGÊNCIA
01/10/2014~~

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

BIBLIOGRAPHY

NAME: _____

| | | SINAIS VITais | |
|---------|-------|---------------|-------------|
| 11: | | RR: | 23.30 24:00 |
| 16: | | P.A.: | 12,6% 32x35 |
| 20: | | TEMP.º: | 36,4 º |
| 06: | | | |
| P/MIN.: | 174.8 | | |

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ABRASCO - JURÍDICO DO AQUAVALENTIO MEDICO E ESTETICO
ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pelo formulário.

| SINAIS VITais | |
|---------------|------------|
| 11: | |
| 16: | |
| 20: | |
| 06: | |
| HC | RIO: |
| P.A.: | 175 X 10 L |
| TEMP.ºC: | 36,5°C |
| P/MIN.: | 101 |

NOME: WILSON M. DE SOUZA **SEXO:** M **DATA:** 10/01/1960

22/04/1998
GENE 03492810

DATA DE NASCIMENTO
SOMETHAL MARQUES MONTEIRO

DATA DE NASCIMENTO
SOMETHAL MARQUES MONTEIRO E FRANC
ISCO MARQUES MONTEIRO

DATA DE NASCIMENTO
28/06/1998

DATA DE NASCIMENTO
24/04/04
WILSON MARQUES MONTEIRO

DATA DE NASCIMENTO
11/04/1998
WILSON MARQUES MONTEIRO

EDENATINA DO PIAUÍ

EDENATINA DO PIAUÍ
EDENATINA DO PIAUÍ



EDENATINA DO PIAUÍ



EDENATINA DO PIAUÍ

EDENATINA DO PIAUÍ

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

VALIDO 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 URNA 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: **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 N° 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: Canindézinho | 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:

| | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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: **0001**

CONTA: **7389937795**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Intervador Pajú**

AGÊNCIA: **0001**

CONTA: **7389937795**

(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.

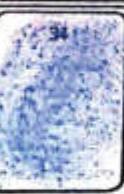
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (não nascido)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - **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)

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: **Luiza de Souza Rodriguez**

CPF: **016.751.283-69**

Luiza de Souza Rodriguez

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **Clelia Jane Soares**

CPF: **511.412.623-49**

Clelia Jane Soares

Assinatura da testemunha

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MUNICIPAL DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito



francisco manzur monteiro

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2008917064 - 9
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

16/09/2014

NOME

FRANCISCO MARQUES MONTEIRO

FRUAÇÃO

JOSE GONÇALVES MONTEIRO

FRANCISCA MARQUES MONTEIRO

NATURALIDADE

MARANGUAPE - CE

04378171956
REGISTRO

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:4 ZONA TERMO: 122738 FOLHA: 201

LIVRO: A 115 FORTALEZA - CE

CPF

Assinatura do diretor

1 VIA

LEI N° 7.116 DE 29/08/69



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

619.887.133-90

Nome

FRANCISCO MARQUES MONTEIRO

Nascimento

15/01/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO MARQUIS MONTEIRO

RUA A C.J SAO FRANCISCO, 22, CANINDÉ LINDO
FORTALEZA - CEP: 60731-425

Codificação: 001.065.0677.0332.0000.00.00

Emissão: 28/02/2020 | Fase: 35/67305281701 | Leit.: 0315 | Data: 20/02/2020 14:09:14:02 | R: 105 | Via: 001

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

| Serviço | Medidor | Leratura Anterior | Leratura Atual | Volumétrico | Média Sempresas |
|---------|------------|-------------------|----------------|-------------|-----------------|
| ÁGUA | A06F418589 | 516 | 525 | 9 | 7 |

DATAS

Leratura atual: 20/02/2020 Emissão: 28/02/2020 Leitura água: 2930510

Leratura anterior: 21/01/2020 Próxima leitura: 21/03/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA PERTINENTE A:

12/2019

| No de amostras | Cloro | Turbidez | Cef | Cultiformes totais | Escherichia coli |
|-----------------|-------|----------|-----|--------------------|------------------|
| Exigidas | 526 | 526 | 125 | 526 | 526 |
| Analisadas | 577 | 577 | 577 | 577 | 577 |
| Em conformidade | 575 | 577 | 575 | 563 | 576 |

| DESCRÍÇÃO DOS SERVIÇOS | Valor (R\$) | HISTÓRICO DE VOLUME | | |
|------------------------|-------------|---------------------|-----------|-------------|
| | | Mês/Ano | Aqua (m³) | Esgoto (m³) |
| ÁGUA | 26,30 | 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 |

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

| Descrição | Valor (R\$) | Descrição | Valor (R\$) |
|-----------|-------------|---------------------|-------------|
| PIS | 0,27 | VALOR DO SERVIÇO | 41,10 |
| COFINS | 1,35 | VALOR DO SUBSÍDIO | 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.

19

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Colina Jana Sosnay

卷之三

卷之三

卷之三

THE HISTORICAL GARDEN

卷之三

16/6

300 PAGU. 0-381
1000 PAGU. 0-382
1000 PAGU. 0-383

1947年3月25日

卷之三

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 da Souza Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS GRÉG 6.5.2019

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2007424274-6

DATA DE
EXPEDIÇÃO

28 / 02 / 2018

NOME

HUGO DE SOUSA RODRIGUES

FILIAÇÃO

JOAO AFONSO OLIVEIRA RODRIGUES

JONILDA MARIA DE SOUSA ROCHA

NATURALIDADE

FORTALEZA - CE

NOV 1967

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

2 VIA

Rômulo O. Lima
ASSINATURA DO DIRETOR

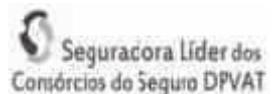
۴۷

Rémujo O Jura
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

卷之三

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117362/20

Vítima: MANOEL MARQUES MONTEIRO

CPF: 609.201.863-27

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/08/2019

Titular do CPF: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/08/2019

Titular do CPF: MANOEL MARQUES MONTEIRO

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-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