



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> 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](#)

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:

60731-405

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 A 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:

Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo (herança)?

☐ 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 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): 1851 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 ☐ 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 (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)
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.

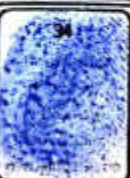
22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ 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 (menor)? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Francisco Marques Monteiro
35 - CPF 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): Francisco Marques Monteiro

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: Clelia Jane Soares

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)

FPS.001 V002/2019

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

☐ 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 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

BRDESCO0511202005000000000023707160000000594925337500 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

BRDESCO0511202005000000000023707160000000594925337500 PAGO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
MANOEL MARQUES MONTEIRO

ENDEREÇO
RUA LURDES DE LEITE 484 CANINDEZINHO

Nº DO PRONTUÁRIO
385539

Nº DO BE
284203

NASCIMENTO
28/06/1962(57 ANOS)

SEXO
M

RACIA COR
PARDO

DOCUMENTOS

NOME RESPONSÁVEL
FRANCISCA MARQUES MONTEIRO

CIDADE
FORTALEZA

UF
CE

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

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)

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

SINAIS VITAIS

PRESSÃO ARTERIAL
180/100

SAT O2
98%

PULSO
110

GLUCEMIA
NI

ALFASIS
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA

ÁREA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

20303200

DIAGNÓSTICO

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

Prescrição de 2x 1 comprimido de Paracetamol 500mg a cada 6 horas.

Prescrição de 2x 1 comprimido de Ibuprofeno 400mg a cada 6 horas.

Prescrição de 1x 1 comprimido de Paracetamol 500mg a cada 6 horas.

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

Assinatura de Deborah Lyssa Sousa de Oliveira

Assinatura de Deborah Lyssa Sousa de Oliveira em 12/08/2019 às 19:03:14

Declaramos 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 MARINHEIRA, PORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROVINCIAL, CDE. PONTALEZA
AV. Doutor de Paula nº 1117 - Ponto de Vista - 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 MONTES

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

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Son ~ Torção e ruído (S)

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

CMR 611

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R2

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta do
patela (L) e fêmur

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

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
385539

Paciente: **Mannel Marques Monteiro**

Data da Operação: **12/08/19**

Enfermaria:

Leito:

Operador: **Pedro Brasil**

FEIXE D. LIGADURA
TRAUMATIZADA
COM 4300

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesiasta:

[Signature]
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

ABERTO

ASPECTOS ANTISÉPTICOS

DRENAGEM DE TENDÃO DESLIGADO DO FÊMUR

LIGADURA DO PATELA

LIGADURA EXAUSTIVA COM FIO FORTISSIMO LIGA-
SUTURA

STOMA COM PLACA 2 2500 FÊMUR E 2 0000
FÊMUR. LIGADURA E INFILTRAÇÃO A ESTE (SEM SUTURA
CIN 25 COMUNICAÇÃO ANTILIGADURA)

CRISTAL

COM TUBO

COM INTERCOMUNICAÇÃO

FEIXE D. LIGADURA
TRAUMATIZADA
COM 4300

[Signature]
Mônica Saba
Mat. 15904



SUS

Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA 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

FRANZESCA 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. P.
 Médica Saba
 Mat. 15984

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

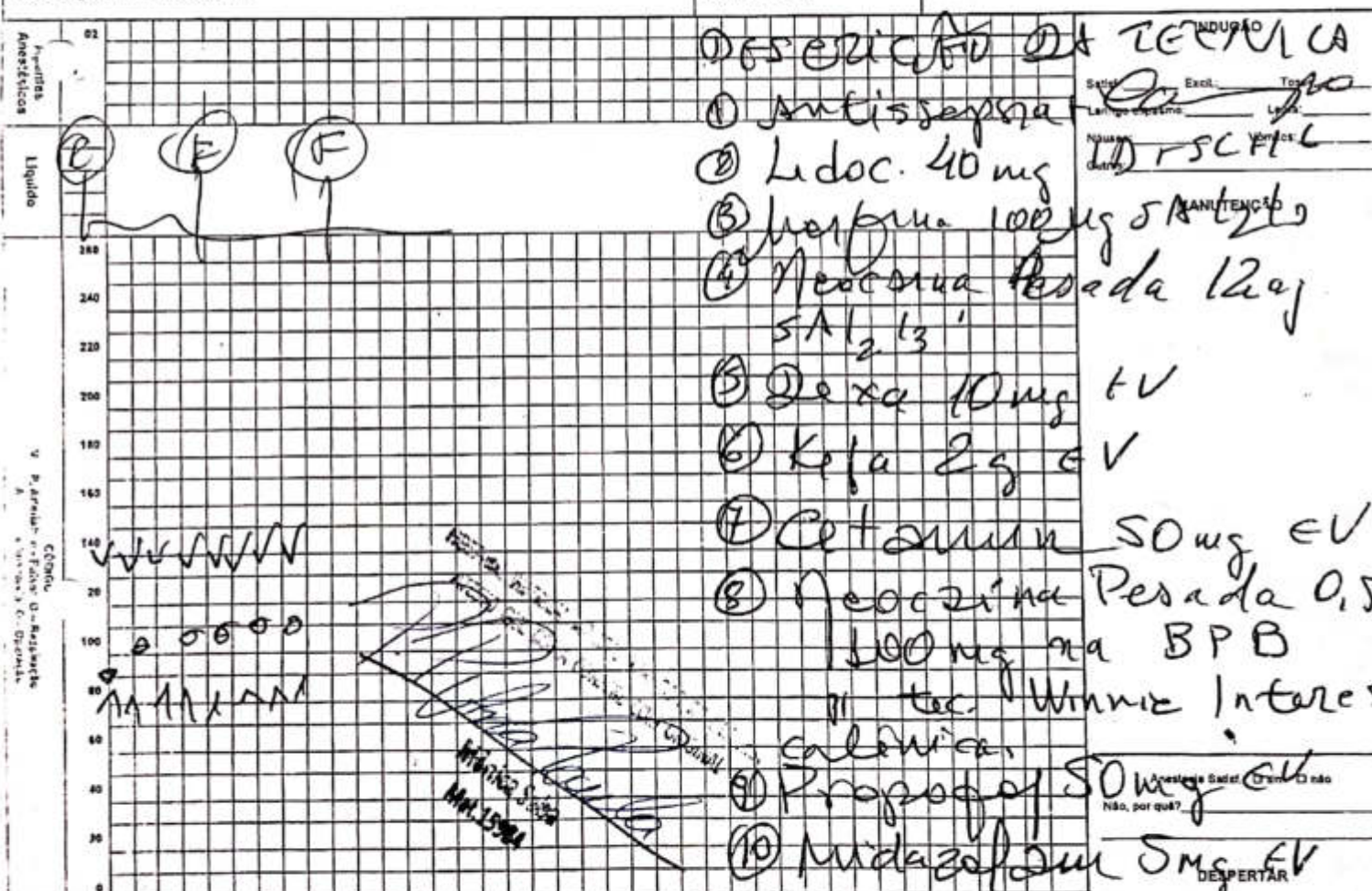
Enfermaria: _____ Leito: 57 2mos

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>X</u> | Corticóides: <u>X</u> |
| Diagnóstico Pré-operatório: <u>1. Frot. Pat. 2. Frot. Ap. Extensor. 3. Frot. art. 4. Perda de substância</u> | Alergia: <u>X</u> | Hipotensores: <u>A</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. AGV</u> | |
| Operação: <u>1. Frot. Ur. 2. Frot. Art. 3. Frot. Pat. 4. Frot. Ap. Ext.</u> | |
| Cirurgião: <u>Dr. Gabriel Ximenes e 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, 1.500 - Paranaíba - CEP 60.210-000 - Fone (85) 310.1111 - Fax (85) 310.1112

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

385539

Paciente: MANOEL MATEUS MONTENHO

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) + LACERACÃO

ACABAMENTO EXTENSOR

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

ACABAMENTO 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. DE PATELA SOB ANESTESIA
- 2) ACESSO À FRATURA DE PATELA POR INCISÃO CURVA DE MONROE
- 3) ACESSO MEDIANO NO JOELHO (E) POR PLAVOS
- 4) TRATAMENTO DA FRATURA DE PATELA COM RESSACA DO LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR E RECONSTRUÇÃO DO ACABAMENTO EXTENSOR COM PONTOS DE KRAHOFF E LIGAMENTO COM FIOS DE ETWING S.O. E FIXADO A PATELA POR TILAS TRANSPARENTES.
- 5) DRENAGEM COM SF 0,5
- 6) SUTURA POR PLAVOS
- 7) CURATIVO + IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO
- 8) TALA TUBO
- 9) A SA

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Endereço: Rua da Saúde, 1500 - Fone: (85) 310.1111
CRM-CE 145377/2011 - RQE 1619

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
Endereço: Rua da Saúde, 1500 - Fone: (85) 310.1111
CRM-CE 145377/2011 - RQE 1619

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) + OSTEOPLASTIA**

Diagnóstico Pós-operatório: **O MESMO**

Relatório Imediato Patologista: **Ø**

Exame Radiológico no ato: **RAIO-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 ANESTESIA + APLICAÇÃO COMPLEXA OSTEOPLASTIA + RESSACA FRATURA DE AUTÓRADIO
- 3) ACESSO SOBRE A UNHA POR PUNÇÃO COM INJUNÇÃO NA FRATURA AO 1/3 DISTAL CONTÍNUA
- 4) REALIZAÇÃO OSTEOPLASTIA PARA RECONSTRUÇÃO DA FRATURA
- 5) FIXAÇÃO COM DOIS PIAIS 1/3 DE CADA 3,5mm + 04 PIAIS FIOS COLÁGENOS 3,5mm + ESTABILIZAÇÃO COM FIO DE COCLOAGEM NA PORÇÃO CONTÍNUA
- 6) IMPRIMA SF.O, SS.
- 7) SUTURA POR PIAIS
- 8) CURATIVO + POSICIONAMENTO DE FRATURA
- 9) TALA ALVO: PUNHA E
- 10) A. S.

Dr. Gabriel Vimonas Almeida
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 15317 - RQE: 15317 - RQE: 15317

Dr. Rafael de Lima Cavalcante
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 15317 - RQE: 15317 - RQE: 15317

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 DO PATELA (E) + LUXAÇÃO DO
APARTELO EXTENSORTipo de Operação: TIO CILINDRICA MAT. PATELA + REAUMANTAMENTO DO
APARTELO EXTENSOR

Diagnóstico Pós-operatório: O APARTELO

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 Visceais

- ① PUNTO DE ENTRADA DO PATELA SOB ANESTESIA
- ② ACESSESIA + ANESTESIA + APOSESIA (VÍDEO ESTERILIZADO + PASSAGEM DO FIO DE SUTURA)
- ③ ACESSO MEDIANO NO JOELHO (E) POR PLACAS
- ④ TRATAMENTO DA FRATURA DO PATELA COM RESSACA DO FIO DE SUTURA E REAUMANTAMENTO DO APARTELO EXTENSOR COM PONTOS DO KRAHOF ALIADO COM FIOS DO BROWNE S.O. E FIXAÇÃO A PATELA POR TUBOS TRANSVERSAIS.
- ⑤ UMNESIA COM SF O, S.
- ⑥ SUTURA POR PLACAS
- ⑦ UMNESIA + ANESTESIA DO FIO DE SUTURA
- ⑧ TALA TUBO
- ⑨ A SUTURA

Dr. Gabriel Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Ambulatório de Ortopedia e Traumatologia
CRM 14557 / RCD 1255 / RCD 819

Dr. Rafael Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14557 / RCD 1255 / RCD 819

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 | Paciente admitido em UTI com fratura de patela e ulna distal. Sinais vitais estáveis. Exame físico normal. Inicialmente tratado com analgésicos. |
| | #12/08/19# M.M.M., 57a, masculino. Admitido na SRPA com POI de LC de fratura exposta em patela (E). Inclui consciente, orientado, eupneico em ambiente. CVF em MDN pérvio. Eliminação ausentes no período. Rega HAS + DM + alergia medicamentosa. Segue aos cuidados da equipe. |
| 13/08/19 | Realizada cirurgia de imobilização cirúrgica na joelho e mmb ATB. Aguardar cirurgia definitiva. |
| | Maria Rosa Mar. 15/94 |
| | Carlos Windson C. Mota Traumatologia Ortopedia CRM 7799 |
| 13/08/19 | M.M.M. 57a, 140 = H exposta de patela (E). Encaminhado para patel. L. 102. Segue sob cuidados de enfermagem. |
| | Maria Rosa 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, comunito, orientado e verbalizando, nega alergias e comorbidades. Segue em uso de antibiótico e analgésico. <i>R. P. Silva</i> <i>Mar 15/19</i> |
| 14/08/19 | Paciente em ATB e paracetamol controlando sintomas, sem intercorrências. Evoluindo com bom hipertensão. <i>SEDE PASSEIO MÓVEL.</i> |
| | <p>Dr. Hilário Queiroz Traumatologia CRM 77819</p> |
| 14/08/19 | M.M.M.D, 57 anos, H.D: P.O LC. por fratura exposta em patela. E. Evoluindo: gita-vel, comunito, orientado, verbalizando, sem preceitos, apático, sem dor. Segue com observação, segurança e higiene defensiva. <i>Dr. P. R. Rendon</i> <i>CRM 33135</i> |
| 15/08/19 | E.G.R. 24 anos. Aguardando cirurgia definitiva. <i>Carlos Windsor C. Costa</i> <i>Traumatologia Ortopedia</i> <i>CRM 7799</i> |
| | <p>HOSPITAL MUNICIPAL DE FORTALEZA ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA ATESTADO QUE FOMOS EXAMINADOS E SEM ORIGINAL</p> <p><i>R. P. Silva</i> <i>MATRICULA 15984</i></p> |
| | CRM - MÉDICO (A) |

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Atrelvamento Médico e Estatístico

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

Frühling

| | Columnas | Insulinas | Rubrica |
|-----|----------|-----------|---------|
| 11: | | | |
| 16: | | | |
| 20: | | | |
| 06: | | | |

| SINAIS VITAIS | |
|---------------|----------------|
| .. | 23.30 |
| .. | 24.00 |
| P.A.: | 12x15 332 x 35 |
| TEMP.°: | — 36.4°C |
| P./MIN.: | 124 p.m. |
| M.V./MIN.: | 28/300.99 |

NOME:

mauer in mauer

IDADE:

57

ENF.

LEITO-

N.º PRONTUÁRIO.

0:

[illegible]

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 | Residência | Mudança |
|---------|------------|---------|
| 11: | | |
| 16: | | |
| 20: | | |
| 06: | | |

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

NOME: Mancel 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
DIPRONA 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
Ginecologia - Tratamento da Doença
Cada. 14.00

[Assinatura]
Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
Cada. 1.000

[Assinatura]
Enfermeira Sônia
ANR-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

MARANGUAPE-CE

ENDEREÇO LECT NASC.

340 L. 3A/01 F

170 TANGUE MARANGUAPE/CE



Assinado o
Assinatura do Diretor

19 DE 2000

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE JUSTICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO



FOTO IDENTIFICACAO



ANALISTAS (M)

SECRETARIA DE JUSTICA



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 ☐ 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 (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 Pago

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) (nascidos)? ☐ 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 SENTIDOS NACIONAIS

92049010011

DATA DE EXPIÇÃO 5/6/1992

CLELIA JANE SOARES

RAIMUNDO VITORIANO SOARES E MAR
GABRIELA ESTILO SOARES

NACIONALIDADE

SAD PAULO-SP

DOC. 9054 L. 1009 F.

280 STA. QUITERIA CE

51147262349

PORTUGAL

DATA DE NASCIMENTO
9/5/1926

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 Silva 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

Renildo 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