

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01563

CONTA: 00000096557-6

Nr. da Autenticação A04E5208A1D7369C

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180234802 **Cidade:** Canindé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO **Data do acidente:** 27/12/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SUB TROCANTERIANA DE FÉMUR DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU MÉDIO DE QUADRIL DIREITO.

Resultados terapêuticos: INTERNADO E NA EMERGÊNCIA FOI TRATADO COM TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA POR 30 DIAS, QUANDO FOI SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE COM HASTE PARA FÉMUR PROXIMAL. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. TROUXE RADIOGRAFIA DE 20/07/2018 COM FRATURA CONSOLIDADA. ALTA ORTOPÉDICA. APRESENTA MUSCULATURA PRESERVADA. REDUÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO DE QUADRIL DIREITO. FLEXÃO PRESERVADA.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/08/2018

Conduta mantida:

Observações: - REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: FABIO SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

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 quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: JANICE DE ALMEIDA PINTO MIGUEZ

CRM do médico: 52.63583-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Carta n°: 13282339

A/C: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

Nº Sinistro: 3180234802
Vitima: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO
Data do Acidente: 27/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001563

Conta: 0000096557-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3180234802**

Nome do(a) Examinado(a): **FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA ANGELICA nº 2683 - PALESTINA - CANINDE/CE**

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 20151414577 - SSP**

Data e local do acidente: **27/12/2017 CANINDE/CE**

Data e local do exame: **15/08/2018 FORTALEZA/CE**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA SUB TROCANTERIANA DE FÉMUR DIREITO

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

INTERNADO E NA EMERGÊNCIA FOI TRATADO COM TRAÇÃO TRANS ESQUELÉTICA POR 30 DIAS QUANDO FOI SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE COM HASTE PARA FÉMUR PROXIMAL. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. TROUXE RADIOGRAFIA DE 20/07/2018 COM FRATURA CONSOLIDADA. ALTA ORTOPÉDICA

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

APRESENTA MUSCULATURA PRESERVADA. REDUÇÃO DA ROTAÇÃO EXTERNA E ABDUÇÃO DE QUADRIL DIREITO. FLEXÃO PRESERVADA

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

SIM NÃO

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível a qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DÉFICIT DE FUNÇÃO EM GRAU MÉDIO DE QUADRIL DIREITO

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

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

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

Região Corporal(Sequela): **QUADRIL DIREITO**

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela):

10% 25% 50% 75% 100%

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

REVISOR CONCORDA COM AS CONCLUSÕES DO MÉDICO EXAMINADOR -

Médico Perito: FABIO SELERI FERNANDES CRM:52.63021-7/RJ

*Fábio S. Fernandes
Medicina Interna
CRM 52.63021-7*
felipe

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com nome e CRM

À Seguradora Líder

SINISTRO: 3180234802

CPF: 929.503.403.00

Venho por meio de esta solicitar a reabertura do meu processo, pois não estou de acordo com o valor pago, tendo em vista que não fui submetido a uma perícia médica para o perito avaliar o real grau de sequela que fiquei. O pagamento foi efetuado com base na documentação médica que enviei e não demonstra o grau de sequela que me encontro. Portanto, solicito o agendamento da minha perícia.

Contato: 85 3879.7800 / 98685.3187



Fortaleza, 30 de outubro de 20 18.

* Francisco mauro X, morador



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

Inst. Dr. José Freta		1 ^o Via - FARMÁCIA	
CNPJ: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-60		2 ^o Via - PACIENTE	
Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fortaleza - CE		fone: 3255.5000 CEP: 60025-001	
Paciente: <i>Fw Mário Xavier Ferreira</i>			
Endereço: <i>Miguel 2693 - Pirituba</i>			
Prescrição: <i>Cefixime 300mg - 1x Lc 12/1h per 10 dias</i>			
<i>08/04/18</i>		Carimbo e Assinatura do Médico	
Nome:		Carimbo e Assinatura	
Nº Ident.:			UF:
Endereço:			Estado:
Nº:	Bairro:		UF:
Cidade:	UF:		Carimbo e Assinatura
CEP:	Tel.:		

disponível para download no site www.investprev.com.br - Bem Estar - Portfólio 01 (1x1000).



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boleto de Emergência Reg.: 55629-8

O Sr.(a) PC Nuno Xaves Novais

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 23/02/18, às 14 h.
Tendo como causa do socorro

fratura torac 0

Observações: 90 (80) uridina

Fortaleza, 23 de 02 de 200 18

Médico de Plantão - CRM: Flávio Henrique Girelli

CPF: 000.000.000-00

Horário de Atendimento: 24 horas de Emergência



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ
Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ
Praça Frei Aurélio, 1397 Centro - CANINDÉ-CEARÁ
CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (085) 343-2110 Fax: (085) 343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



LAUDO MÉDICO

Declaro para devidos fins que **FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO**, 40 anos, portador do RG: 20151414577 SSP/CE, residente e domiciliado na localidade de Salão I - Zona Rural, na cidade de Canindé/CE, encontra-se internado nesta unidade hospitalar para tratamento cirúrgico/ ortopédico de fratura de fêmur, acamado e fazendo uso de fraldas descartáveis.

CID-10: S 72

LEITO: 214

POSTO: 02

Canindé, 23 de Janeiro de 2018.

Dr. Marcus Jussier Souza Duarte
Médico - HRSFC
CRM: 5557

ENDERECO: Rua - Angelica - 3683
BAIRRO: Alto M CEP: 62.700-000
CIDADE: Canindé FONR: 87-61-3493
DECLARO para os donos de fios de compromisso que residem no endereço:
929-501-403-00

Governo do Estado do Ceará

Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social
Polícia Civil do Estado do Ceará - PCCE

EMISSÃO DE LAUDOS PERICIAIS

Valor da Taxa conforme o estabelecido em Lei:

- Laudo pericial de ocorrência de trânsito (caso: vítima fatal que resultou somente danos materiais leves ou lesão leve).
Valor: R\$ 314,00 (86 UFIRCES x 3.69417)
- Laudo Pericial de local de incêndio não criminoso (natureza sônia ou similar).
Valor: R\$ 314,00 (86 UFIRCES x 3.69417)
- 2^ª via de laudo pericial de ocorrência de trânsito com vidas civis.
Valor: R\$ 36,94 (1 UFIRCE SIA x 3.69417)
- 2^ª via de laudo pericial que se encontre na fase processual não penalizada.
Valor: R\$ 36,94 (1 UFIRCE SIA x 3.69417)
- Obs: solicitação de laudo veniente ao processo judicial.
Valor: R\$ 36,94 (1 UFIRCE SIA x 3.69417)
- Realização de perícia e emissão do laudo de competência relativa a morte de menor de 14 (fourze) anos de idade.
Valor: R\$ 32,53 (29 UFIRCE SIA x 3.69417)

PRATICAMENTE DA TAXA:

Para emissão do Documento de Arrecadação Estadual

DATA DA TAXA: 2015-07-27 10:00:00

www.pccesia.ce.gov.br

Assinatura: 145839 - 27 de julho de 2015

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Service de Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta -

No. HOSPGESTOR: 36483

LEITO:

NOME: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

DATA DE INTERNACAO: 29/01/2018

DATA DA ALTA: 08/02/2018

BE/PRONT: 5547978

CIDADE DE ORIGEM: CANINDE

NASCIMENTO: 06091977

IDADE: 40

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE FEMUR - SUBTROCANTERICA DIR
(OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-

OPERATORIOS:

TELEFONE:

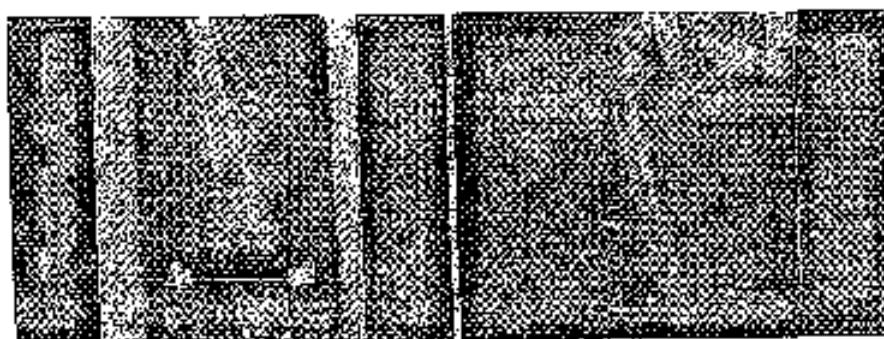
CELULAR: 988115276

STAFF QUE OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Das # Hora Leito Cirurgia Do Residente Materiais

Observação

Estado da
marcado

MAPA DO DIA 07/02/2018 - Quarta-Feira

10 6 07:30 988 MARCELO RESIDENTE MESA+INTENSIFICADOR MARCADA
GIRÃO INDEFINIDO CURTA (PIRN CURTO) + KIT BÁSICO DE IMAGENS
CX
osteotomos, martelo, curetas
é sacabocado + trepano
pneumático maçon

FRATURA DE FEMUR - SUBTROCANTERICA DIR BE:5547978

Marcado por:
HALINE
MAGA/HAE em:
06-02-2018 9:06:54

Ass: <i>Clínica Cirúrgica</i>	Retornar dia: _____ / _____ / _____ Hora: _____ para Dt: _____
Data: <i>01/02/18</i>	<i>Marieli Freire</i>
Impressar	

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

RECEITUÁRIO
Nome: Francisco Mário Kieen Mário
SE/Receituário:

Vit C 500

Fluoxet 50mg 1
Lp 12hr

Novocaina 2,0g 1
Lp 6hr

Xindol 200g 1
Lp 12hr por 30
der

Data: 01/02/04

Assinatura e Carimbo do Médico



PROCURE O ZF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, CEP 60.025-061. Fone: 255-6300
Fax: 255-6300 Zona 1 - 255-6300/64 - 10100-0000 - 10100-0000

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Serviço de Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta -

No. HOSP/ESTOR: 36488

LEITO:

NOME: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

DATA DE INTERNACAO: 29/01/2018

DATA DA ALTA: 08/02/2018

BE/PRONT: 5547978

CIDADE DE ORIGEM: CANINDE

NASCIMENTO: 06091977

IDADE: 40

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE FEMUR - SUBTROCANTERICA DIR
(OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-

OPERATORIOS:

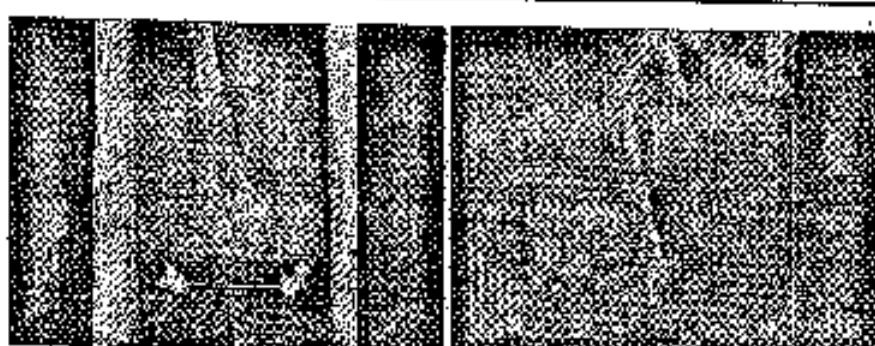
TELEFONE:

CELULAR: 988115276

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dia: 08/02/2018
Int: 0 Horas Leito Cirúrgico Residente: Material:

Observação:

Status de
marcação:

MAPA DO DIA 07/02/2018 - Quarta-Feira

10 5 0730 988 MARCELO RESIDENTE
GIRÃO INDEFINIDO + CX BASICA TO PARA MMII + CX
DHS/DCS COM PLACAS LONGAS +
CX GRANDES FRAGMENTOS +
HASTE PARA FEMUR PROXIMAL
CURTA (PPN CURTO) + KIT BÁSICO: MESA+INTENSIFICADOR
CX DE IMAGENS MARCADA
OSTEOTOMIOS, MARTELO, CURETAS
E SACABOCADO + TREPANO
PNEUMATICO MACON

FRATURA DE FEMUR, SUBTROCANTERICA DIR BE-6547978

Marcado por:
HALINE
MAGALHÃES em:
06-02-2018 07:00:54

Dr. <i>Paulo L. S. Almeida</i> Girurgia de Cama Ass. 1	Retomar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para Dr. _____
Date: 06/02/18	<i>Marcha livre</i>
Responsible:	

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

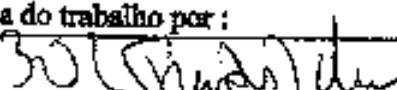
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Atestado - Serviço de Traumatologia -

Ortopedia

Ateste para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO			
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	29/01/2018	DATA DA ALTA:	08/02/2018
BE/PRONT:	5547978	CIDADE DE ORIGEM:	CANINDE
IDADE:	40		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE FEMUR - SUBTROCANTERICA DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Angelo Láz Cirurgião Ortoped CRM-CE 066 Ass: 	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para Dr. _____
Data: 	Dispensa do trabalho por: 
Assinatura:	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

Dedicação da Proprietária do Veículo

图 1-2-10 1000V 100A 1000W 1000V 100A 1000W

RG h1970MC122211 data dc exped 2002.1 (10/19/02)

OmniCure™ 3040, working at 1000 mW/cm², 300 nm, 100% duty cycle, 100% efficiency, 100% reflectance.

10. ESTADO: (Pcia/Municipio/Localidad)

comportamento declaro sob as penas da Lei que o vescovo

mentionado, e está na minha propriedade na data do acidente, acordo com a
verdade.

WILSONS BIRDS OF THE WORLD | 1000+ SPECIES | 1000+ PHOTOS | 1000+ DISTRIBUTIONS | 1000+ EXPLANATION | 1000+

Véhicules à moteur

Model: C115-Flame 300

Anot. 2014/01

Place 3

Classmate

Digitized by Google

19. *Leucosia* *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius) *leucostoma* (Fabricius)

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinatura do "crachá" com esse nome, que dá a vítima recolhimento ao suspeito.

	<p style="text-align: center;">INSTRUCCIONES PARA LA ENTREGA DE LA TARJETA DE SUSCRIPCIONES A LOS DISTRIBUIDORES</p> <p style="text-align: center;">DE LA REVISTA "LA VIDA CIENTIFICA".</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO DE SUSCRIPCIONES</p> <p style="text-align: center;">VALIDO PARA EL AÑO 1980</p> <p style="text-align: center;">CONTRATO DE SUSCRIPCIONES</p> <p style="text-align: center;">VALIDO PARA EL AÑO 1980</p>
--	---

207 Martindale-Hansard

Experiments on the effect of



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 Centro – CANINDÉ-CEARÁ

CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 343-2110 Fax: (085) 343-1768 / E-mail: shafc@fortinet.com.br

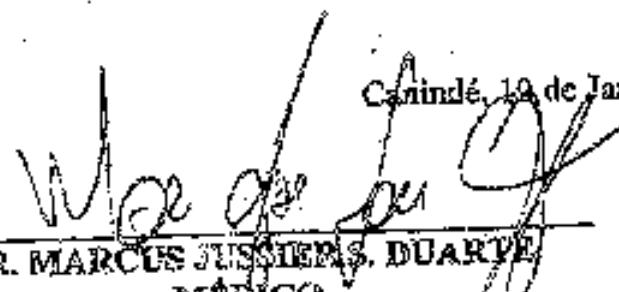


ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o paciente **FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO**, 40 anos, portador do RG: 20131414577 SSP/CE, data de nascimento: 06/09/1977, residente e domiciliado na localidade de Sálai I – Ipú Monte Alegre, na cidade de Canindé/CE, internado nesta unidade hospitalar desde o dia 27/12/2017, vítima de trauma em membro inferior direito, com fratura subtroclear de fêmur e realizado tração óssea no dia 08/01/2018.

Foi inserido na Central de Regulação de Leitos, com número de laudo 14429023925, segue aguardando avaliação e condução em hospital terciário IJF (Instituto Dr. José Frota) com urgência.

Canindé, 10 de Janeiro de 2018.


DR. MARCUS JUSSELIS DUARTE
MÉDICO
CREMUC:5557

INVESTPREV
SEGURANÇA, SAÚDE

05 JUL. 2018

ENTRADA

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

999.501.403-00

Nome completo da vítima

Francisco Manoel Xavier Marinho

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Francisco Manoel Xavier Marinho	999.501.403-00	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua - Angelica	3683	aven
Bairro	Cidade	Estado
Palhano	Camandá	PE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	62.300-000	83) 988201298

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) Operadora (013)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV

1563

96553

6

(Inserir dígito de verificação)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

DV



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CANNAS**



BOLÉM DE OCORRÉNCIA N° 432 - 1795/2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 04/05/2018 09:44:06
Data / Hora da Ocorrência: 27/12/2017 19:30:00
Endereço da Ocorrência: VILA SALAO I
Complemento:
Bairro: ZONA RURAL Município: CANI
Ponto de Referência:

www.FRANCISCO-MILLO-XAVIER-MARQUEZ.COM

Name: FRANCISCO MAURO RAV
Registration No: 000029/1937 - GPE:

Nascimento: 08/09/1977 - CPF: 364.318.315-000 - Cadastrado: 08/09/2015

ANÍBAL ANTONIO XAVIER MARREIRO
FRANCISCO DE PAULO SOUSA MARREIRO

Entrepri^{ce} BULLE ANGELICA - 2683

REFERENCES AND NOTES

Manicurista CANINDEITE

第11章 數據庫

138

25

Telefone:

Historical

Compareceu à esta Delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citada sofreu acidente de trânsito no endereço acima citado. Que condizia a motocicleta de marca HONDA CG 150 FAN ESDI, ANO/MOD 2014, COR PRETA, PLACA ORX 2807/CE, CHASSI: 9G2KC1A80ER49831, LICENCIADA EM NOME DE JOÃO DA SILVA BARROS, quando em rodovia desrapou em cima de algumas pedras que se encontravam no asfalto, logo perdeu o controlo da motocicleta e veio a cair e se arrastou pelo asfalto. Que, logo em seguida foi levado para o HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ em razão de fortes dores na perna direita; QUE, foi constatada a fratura no fêmur. Que ficou internado em decorrência da cirurgia. Que foi expedido exame de corpo de delito; Que tem como testemunhas do acidente o condutor as pessoas de nomes ZAGARIAS DE ASSIS FREIRE, RG 2007111173-0 e JOÃO DA SILVA BARROS, RG 95002527171 SER/CE E NADA MAIS DISSE. XXXXXXXXXX

RELEGADA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARIA DE FÁTIMA BARBOSA DE SOUSA - MATR. 30118227

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Leandro T. M. de Souza

VISTO DO DELEGADO(A):

DANIEL ARAGAO MOTA - MAT: 300581-1-5

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0183398/18

Número do Sinistro: 3180234802

Vítima: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

CPF: 929.501.403-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/12/2017

Titular do CPF: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/11/2018

Nome: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO
CPF: 929.501.403-00

Data do cadastramento: 05/11/2018

Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

ANDERSSON COSTA SILVA

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

Sinistro: 3180234802

Vítima: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

Data do Acidente: 27/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180234802** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT