

# 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: 000000096557-6

---

Nr. da Autenticação A04E5208A1D7369C

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

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

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA SUB TROCANTERIANA DE FÊMUR 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 FÊMUR 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 nº: 13282339

A/C: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

Nº Sinistro: 3180234802  
Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERO INTERIORES E JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLICIA FEDERAL  
Nº 01570172804

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERO INTERIORES E JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO DE POLICIA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE POLICIA FEDERAL  
Nº 01570172804

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

SECRETARIA DE POLICIA FEDERAL

SECRETARIA DE POLICIA FEDERAL  
ENTRADA

**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 FÊMUR 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 OSTEOSSÍNTESE COM HASTE PARA FÊMUR 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**

  
Fabio S. Fernandes  
Medicina Interna  
CRM 52.63021-7

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

## À Seguradora Líder

SINISTRO: 3180234802

CPF: 929.501.403.00

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.

x Francisco Mauro X. Monteiro

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

<b>Instituto Dr. José Frota</b> <b>CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80</b> <b>Rua Senador Pompeu, 1757</b> <b>Bairro: Centro Fone: 3255.5000</b> <b>Fortaleza - CE CEP: 60025-001</b>		<b>1ª Via - FARMÁCIA</b> <b>2ª Via - PACIENTE</b>
<b>Paciente:</b> <i>Po Mauro Xavier Lemos</i>		
<b>Endereço:</b> <i>Imperio 2683 Pulestina</i>		
<b>Prescrição:</b> <i>Ceftriaxona 500mg - 1u</i> <i>Lq 12/12h por 10 dias</i>		
<b>Data:</b> <i>08/04/18</i>		<b>Carimbo e Assinatura do Médico</b> 
<b>Nome:</b>		<b>Data:</b> / / <b>Fornecedor:</b>  <b>Carimbo e Assinatura</b>
<b>Nº Ident.:</b> <b>UF:</b>		
<b>Endereço:</b>		
<b>Nº:</b> <b>Bairro:</b>		
<b>Cidade:</b> <b>UF:</b>		
<b>CEP:</b> <b>Tel.:</b>		



# INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: 5547978

O Sr.(a) Dr. Mano Xavier Almeida

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 23 de 02 de 18, às \_\_\_\_\_ h.

Tendo como causa do socorro

Problema fazer o

Observações: 90 (90) minutos

Fortaleza, 23 de 02 de 18

Médico de Plantão - CRM: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

*Handwritten signature and stamp:*  
MERCATO GILLES  
FARMACIA - UROLOGIA  
CRM 14420

Nota de Recibo do Sistema de Emergência Hospitalar





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](mailto: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

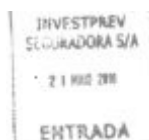
POSTO: 02

Canindé, 23 de Janeiro de 2018.

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

Dr. Marcus Jussier S. Duarte  
Médico  
CRM: 5557

ENDEREÇO: Rua Angélica - 9683  
BAIRRO: Alto M CEP: 62.700-000  
CIDADE: Canindé FONE: 5751-1493  
DECLARO para os devidos fins de comprovação que acima do exposto  
929-501-403-00



# Governo do Estado do Ceará

Secretaria de Segurança Pública e Defesa Social

Polícia Federal do Estado do Ceará - PFECE

## EMISSION DE LAUDOS PERICIAIS

Valor da Taxa conforme o estabelecido em Lei:

- Laudo pericial de ocorrência de trânsito (sem vítima fatal) que resultou somente em dano material e/ou lesão leve.

Valor: R\$ 314,00 (R\$ UFRCEB x 3,69417)

- Laudo Pericial de local de incêndio não criminoso (natureza elétrica ou similar).

Valor: R\$ 314,00 (R\$ UFRCEB x 3,69417)

- 2ª via de laudo pericial de ocorrência de trânsito com vítimas fatais.

Valor: R\$ 36,94 (R\$ UFRCEB x 3,69417)

- 2ª via de laudo pericial que já se encontra na fase processual e não tenha partes envolvidas.

Valor: R\$ 36,94 (R\$ UFRCEB x 3,69417)

- Qds. Solicitação com andamento do processo judicial.

Valor: R\$ 36,94 (R\$ UFRCEB x 3,69417)

- Realização de pericia e emissão do laudo pericial de acidente relacionado a Rótulos de Produtos Legais para o Estado do Ceará (RPLAT).

Valor: R\$ 92,35 (R\$ UFRCEB x 3,69417)

### PAGAMENTO DA TAXA

Para emissão do Documento de Arrecadação Estadual

DAE da taxa acesse: [www.sepla.ce.gov.br](http://www.sepla.ce.gov.br)

[www.pfece.ce.gov.br](http://www.pfece.ce.gov.br)

Lei 13.838 de 27 de julho de 2015

Serviço de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 36488

LEITO:

NOME: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

DATA DE INTERNAÇÃO: 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:

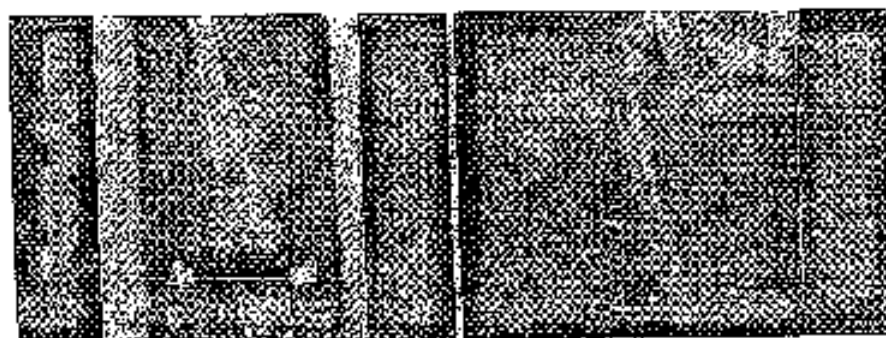
TELEFONE:

CELULAR: 988115276

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



**Mapa de Cirurgias**

Dias # Hora Leito Cirurgião Residente Marcação

Observação

Status da marcação

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

10	5	07:30	998	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 BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREFANO PNEUMATICO MACON	MESA+INTENSIFICADOR DE IMAGENS	MARCADA
----	---	-------	-----	-------------------	-------	------------	---	--------------------------------	---------



FRATURA DE FEMUR - SUBTROCANTERICA DIR BE:5647978

Marcado por:  
HALINE  
MAGALHAE em:  
06-02-2019 9:06:54

<p>Dr. FREDERICO LOPES Cirurgia de Mão GPO: 14113-010</p>	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
	Ass.: _____ Dt: _____
	Data: 06/02/19
	Impressão: _____

Marcado por

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

JPA - SARA

RECEITUÁRIO DE PRESCRIÇÃO  
24 horas de emergência

Fortaleza

RECEITUÁRIO

Nome: Francisco Romero Xavier Brito BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Vio am

Flamoxil 500mg \_\_\_\_\_ Lc  
Lp 12h

Novalgina 400mg \_\_\_\_\_ l  
Lp 6h

Xarelto 20mg \_\_\_\_\_ Lc  
Lp des por 30  
des

Data: 08/02/19

Dr. Angelino  
Cirurgião do Aparelho  
Digestivo

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O DIF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro, CEP 60.025-061. Fone: 255-5000  
PA 000 609 Versão 1 - 02/2017/PA - 10a edição - tamanho A5 landscape

INVESTPREV  
SEGUROADORA S/A  
21 MAR 2019  
ENTRADA

No. HOSPGESTOR: 36488

LEITO:

NOME: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

DATA DE INTERNAÇÃO: 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 DER  
(OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-  
OPERATORIOS:

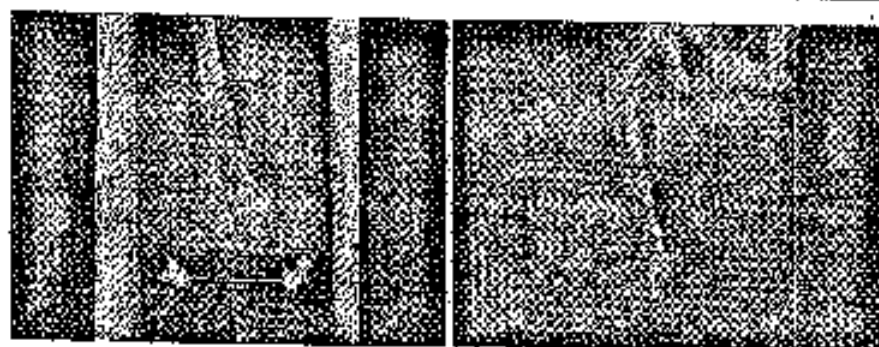
TELEFONE:

CELULAR: 988115276

STAFF QUE OPEROU NA  
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dia e Hora: 07/02/2018 07:07  
Int. e Hora: 07:30 988

Observação

Status da  
marcação

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

10 5 07:30 988 MARCELO RESIDENTE  
GIRÃO INDEFINIDO

+ CX BASICA TO PARA MMII + CX  
DH/DCS COM PLACAS LONGAS +  
CX GRANDES FRAGMENTOS +  
HASTE PARA FEMUR PROXIMAL  
CURTA (PRN-CURTO) + KIT BÁSICO:  
CX MESA+INTENSIFICADOR  
OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS  
E SACABOCADO + TREPANO  
PNEUMÁTICO MACON

MARCAÇÃO

FRATURA DE FEMUR, SUBTROCANTERICA DIR BE-634797B



Marcado por:  
HALINE  
MAGALHAE em:  
06-02-2018 11:00:54

<p>Dr. <i>Angelo L. L.</i> Cirurgião de Mão e Braço Ass: <i>E. Camargo</i></p>	<p>Retornar dia: <u>  </u> / <u>  </u> / <u>  </u> Hora: <u>  </u> para Dr. <u>  </u></p>
<p>Data: <i>06/02/18</i> Assinatura: <i>Marcelo Fuen</i></p>	

HospGestor - Sistema de Gestão de Residências Médicas

Atesto 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 Luz Cirurgião de Mão CRM 20.986	Retornar dia: ____ / ____ / ____ Hora: ____ para
Ass: 	Dr. _____
Data: 08/02/2018	Dispensa do trabalho por: 30 (Trinta) dias
Impressão: 	



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João da Silva Barros  
RG nº 958092781 data de expedição 11/10/1996  
Órgão SP/DE portador do CPF nº 414.909.703-15 com  
domicílio na cidade de Comand no Estado de  
Ceará onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Alzira nº 3249  
complemento \_\_\_\_\_ declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Isadora Maria Cavalcante Nazareno sob o condutor era

Veículo: Honda  
Modelo: CB 15 FANESOL  
Ano: 2014/2014  
Placa: QDC 3907/CE  
Chassi: QC26168068495331  
Data do Acidente: 22/12/2014  
Local e Data: 55205

João da Silva Barros  
Assinatura do Declarante

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



DECLARANTE	ESPECÍFICO POR AUTENTICIDADE E FIRMA DE
	JOÃO DA SILVA BARROS
	DOU-TE-DE-DECLARANTE EM VIRTUDE DE 22/12/2014
	ISSUE MARIA CAVALCANTE NAZARENO

Isadora Maria Cavalcante Nazareno  
Escrevente Compromissada



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](mailto:shsfc@fortalnet.com.br)

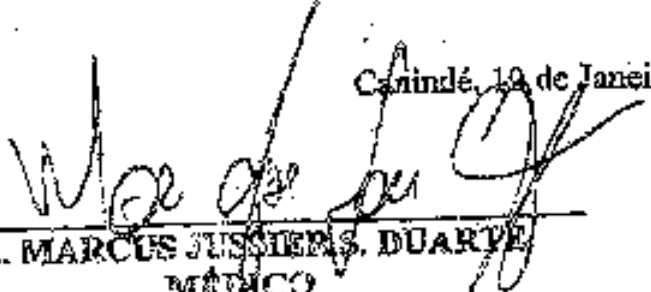


### ATESTADO MÉDICO

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 subcondilária 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 conduta em hospital terciário IJF (Instituto Dr. José Frota) com urgência.

Canindé, 19 de Janeiro de 2018.

  
DR. MARCUS JUSTINO S. DUARTE  
MÉDICO  
CREMUC: 5537

INVESTPREV  
SEGURADORA

03 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 a 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  
**929.501.403-00**

Nome completo da vítima  
**Franisco Mano Xavier Marinho**

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

Nome completo <b>Franisco Mano Xavier Marinho</b>		CPF titular da conta <b>929.501.403-00</b>	Profissão <b>Autônomo</b>
Endereço <b>Rua - Angélica</b>		Número <b>2683</b>	Complemento <b>sem</b>
Bairro <b>Palatino</b>	Cidade <b>Laninha</b>	Estado <b>PE</b>	CEP <b>62.700-000</b>
E-mail			Telefone (DDD) <b>(85) 988201298</b>

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

#### ☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRDESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)
 ☒ OPERAÇÃO (013)

AGÊNCIA  
Nº  
**1563**
 DV  
**6**
 CONTA  
Nº  
**96557**
 DV  
**6**

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

#### ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome  
\_\_\_\_\_  
Nº  
\_\_\_\_\_

AGÊNCIA  
Nº  
\_\_\_\_\_  
DV  
\_\_\_\_\_  
CONTA  
Nº  
\_\_\_\_\_  
DV  
\_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)

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

**Laninha** 10 de **Maio** de **2018**

Local e Data

**Franisco Mano Xavier Marinho**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 432 - 1788/2018**

**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 SALÃO I**  
 Complemento:  
 Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CANINDE/CE**  
 Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO**  
 Nascimento: **06/09/1977** CPF:  
 RG: **34297152000** Órgão Emissor: **BSP** UF:  
 Filiação: **ANTÔNIA XAVIER MARREIRO**  
**FRANCISCO DE PAULO SOUSA MARREIRO**  
 Endereço: **RUA ANGELICA, 2683**  
 Bairro: **ALTO DO MOINHO**  
 Município: **CANINDE/CE** CEP:  
 País: **BRASIL** Telefone:

**Histórico**

Compareceu a esta Delegacia a pessoa acima qualificada para noticiar que na data e hora acima citada sofreu acidente de trânsito no endereço acima citado. Que conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, ANO/MOD. 2014, COR PRETA, PLACA ORX 2807/CE, CHASSI.: 9C2KCL660ER498331, LICENCIADA EM NOME DE JOÃO DA SILVA BARROS, quando em rodovia derrapou em cima de algumas pedras que se encontravam no asfalto, logo perdeu o controle da motocicleta e veio a cair e se arrastou pelo asfalto. Que, logo em seguida foi levado para o HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE CANINDE, 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 delito. Que tem como testemunhas do acidente ocorrido as pessoas de nomes ZACARIAS DE ASSIS FREIRE, RG 2007111173-0 e JOAO DA SILVA BARROS, RG 95002827171 SSP-CE, E NADA MAIS DISSE. **INSTRUÍDAS**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**MARIA DE FÁTIMA BARBOSA DE SOUSA - MAT.: 30118227**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**Ismael Manoel de Menezes**

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**DANIEL ARAÚJO MOTA - MAT.: 380381-1-5**

**DELEGACIA REGIONAL DE CANINDE**

**Pág. 1 de 1**

**Impresso em 04/05/2018 09:58:54**





# 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 médico-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](http://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

Data da entrega: 05/11/2018  
Nome: FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO  
CPF: 929.501.403-00

FRANCISCO MAURO XAVIER MARREIRO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

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](http://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**