



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 **WEB1.20.01563994-0** em **17/11/2020 17:20:39**.
- 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 : 0261821-78.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01563994-0
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 17/11/2020 17:20:39

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* : 2767017_CONTESTACAO_01 - 1-10.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2767017_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-19.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200365375

Vítima: JOSE LEITE VIEIRA

Data do Acidente: 11/07/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE LEITE VIEIRA

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\$ 1.687,50

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

Recebedor: JOSE LEITE VIEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002002

Conta: 0000049756-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 4 - Nome completo da vítima: Jose Leite Vieira

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

5 - Nome completo: Jose Leite Vieira 6 - CPF: 744.185.043-68
7 - Profissão: moto taxi 8 - Endereço: Rua Jose de Sousa Falcão 9 - Número: 1446 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Buriti 12 - Cidade: Pacajus 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 62870-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel.(DDD): (85) 99442-7693

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2002 CONTA: 49756 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pacajus - Ce 09.10.2020

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 MUNICIPAL DE PACAJUS
Impresso nº 2020546479



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 1734 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/09/2020 11:25:22**
Data / Hora da Ocorrência: **11/07/2020 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **R GUARANY COM JOSE MACHADO CEP: 62.870-000, CENTRO - PACAJUS PACAJUS/CE**
Ponto de Referência: **LABORATORIO LAB NEW**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE LEITE VIEIRA**
Nascimento: **18/06/1969** CPF: **741.185.013-68**
RG: **97006016017** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LEITE VIEIRA**
DOMINGOS COSMO VIEIRA
Endereço: **RUA JOSE DE SOUSA FALCAL, 1446**
Bairro: **BURITI** CEP: **62.870-000**
Município: **PACAJUS/CE** Telefone: **(85) 9180-0629**
País: **BRASIL**

Histórico

Boletim de Ocorrência confeccionado para registro de acidente de trânsito com Finalidade de indenização de DPVAT

Termo de Declarações que Presta a VÍTIMA JOSE LEITE VIEIRA:
Disse que é entregador de pizza no horário da noite e estava seguindo para uma entrega em sua motocicleta quando uma motoneta, tipo cinquentinha avançou a preferencial e o mesmo veio a colidir. Que teve uma fratura no braço esquerdo sendo necessário a realização de procedimento cirúrgico estando com tratamento médico em andamento devido a gravidade da lesão. Que atualmente encontra-se com sequelas físicas em virtude do acidente e registra esse Boletim de Ocorrência Policial com o objetivo de dar entrada na indenização pelo DPVAT.

Jose Leite Vieira

Termo de Declarações que Presta a TESTEMUNHA FLAVIO SANTOS DE CARVALHO:

Disse que testemunha o acidente sofrido pela vítima.

Flavio Santos de Carvalho

Termo de Declarações que Presta a TESTEMUNHA PEDRO ALVES DA SILVA NETO:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS
Impresso nº 2020546479



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 514 - 1734 / 2020

Disse que testemunha o acidente sofrido pela vítima.

Pedro Alves da Silva Neto

//////////////////////////////////// Nada mais disse.
As informações prestadas são de inteira responsabilidade do noticiante.
Informo para os devidos fins de direito que Boletim de Ocorrência não
possui prazo de validade.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PACAJUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

[Signature]
FRANCISCO ANDRE DE OLIVEIRA - MAT.: 30119789

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature]
JOSE VILTE NUNES

VISTO DO DELEGADO(A) :

[Signature]
MARCELO PINHEIRO DA ANUNCIACAO - MAT.: 30122321



[Handwritten signatures]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL - DEPARTAMENTO DE POLÍCIA METROPOLITANA - DPM

DELEGACIA METROPOLITANA DE PACAJUS

CERTIDÃO

Francisco André de Oliveira Silva, Escrivão de Polícia Civil, lotado na Delegacia Metropolitana de Pacajus, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICO para fins de direito e acréscimo de registro que, o senhor JOSE LEITE VIEIRA, vítima no procedimento BO Nº 514-1734/2020, é proprietário da motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, placa OSR-9623, renavam 549516450, ano 2013, cor AMARELO, chassi 9C2KC1670DR015376. Que também era o condutor do veículo no dia do acidente. Que o acidente ocorreu no dia 11 do mês/ano do procedimento, porém o atendimento médico se deu no dia seguinte. Informações prestadas pela vítima.

O referido é verdade e dou fé.

Pacajus – CE, quinta-feira, 17 de setembro de 2020.

Francisco André de Oliveira Silva
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 301197-8-9

Francisco André de Oliveira Silva
Escrivão de Polícia
Matricula nº 301.197-8-9

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: 4 - Nome completo da vítima: Jose Leite Vieira

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

5 - Nome completo: Jose Leite Vieira 6 - CPF: 744.185.043-68
7 - Profissão: moto taxi 8 - Endereço: Rua Jose de Sousa Falcão 9 - Número: 1446 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Buriti 12 - Cidade: Pacajus 13 - Estado: Ceara 14 - CEP: 62870-000
15 - E-mail: Não Possui 16 - Tel.(DDD): (85) 99442-7693

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2002 CONTA: 49756 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ 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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Pacajus - Ce 09.10.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

S

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE JOSÉ LEITE VIEIRA		Nº DO PRONTUÁRIO 5179720	Nº DO BE 406935
CADUSUS		SEXO M	RACIA/COR PARDO
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 74118501389		NOME MÃE MARIA LEITE VIEIRA	
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO RUA SABINO BATISTA 337 MONTE CASTELO	
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO (85) 99180-0629	
CEP 60.328-170			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA QUEDA DE MOTO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS DOR NO MSE		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO MARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA DALVANI BASTOS BARRETO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 12/07/2020 00:17:39
ÁREA ATENDIMENTO			
Atendimento de Emergência 0. EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE Queda do moto no asfalto. E 20200227			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SOLICITADO: <input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X		<input type="checkbox"/> OUTROS	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
Rx Analg e AIP. DANA LUNGA NEFARMACIA	Dr. Claudio Martins TRAUMATOLOGIA CREMEC 5888	CONFERE COM ORIGINAL 28/08/2020	
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 12/07/2020 00:17:39

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

CONFERE COM ORIGINAL

JOSÉ LEITE VIEIRA
04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

UNISUS 12600033240

 SUS Ministério de Saúde Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	--

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>JOE LARI LIMA</i>	6 - Nº PISOM
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>18/06/1969</i>
9 - SEXO <i>Masculino</i>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>LIANA LARI LIMA</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Av. Barão de Lima 307 Monte Castelo</i>	12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>FORTALEZA</i>
13 - CDD - IBGE MUNIC	14 - UF
15 - CEF	16 - TELEFONE DE CASA

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>FRATURA do mto antm E</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>NECESSIDADE de Vto curativo</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ANATOMIA + Ex frnt + R</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura do mto antm</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS OCORRIDAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>IN Curativo</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>Dr. Claudio Martins TRAUMATOLOGIA CREMEC 5888</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Claudio Martins TRAUMATOLOGIA CREMEC 5888</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/07/20</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	33 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - Nº BILHETE	37 - SÉRIE
38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNIE EMPRESA	41 - LDBR
42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - EMPREGADO	45 - EMPREGADOR
46 - EMPREGADO	47 - EMPREGADOR	48 - AUTÔNOMO	49 - DESEMPREGADO
50 - PRESENTADO	51 - PRESENTADO	52 - PRESENTADO	53 - PRESENTADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
49 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO	50 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

Clayton
04.888.888-00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messegere - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

CONFERE COM ORIGINAL
28/08/2020

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: 21/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE LEITE VIEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02002

CONTA: 000000049756-6

Nr. da Autenticação 79EEEEBBC105C48A

Nº do Cliente:

3950125

Not criado pelo LEMP 10430
de 25 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará

CEP 60130-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07041250/0001-70 | CGF 08.106.848-3

Para agitar seu pagamento, utilize o nº acima
sempre que enviar em cartão crédito.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 054436394

Referência 03/2020

Rota PJ00SU17 - 73000

Nome VANDERLEIA FERREIRA DA COSTA

Endereço RU JOSE DE SOUSA FALCAO, 01446 - 01446, BURITI,

62870-000, PACAJUS

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 09/03/2020

Medidor 4265211-CPN-308

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (KWh)

ÁREA RESERVADA AO FISCO

GRUPO B1 SÉRIE ÚNICA Nº 054436394

DATAS DE LEITURA

P.F. 30 dias

Anterior 05/02/2020

Atual 09/03/2020

Próxima previsão 09/04/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Conet.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
TP	12.221	12.073	1,48	148	0	148	0,45214	66,71

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	8,79
ICMS COMPL BX RENDA	10,72
PIS COMPL BX RENDA	0,45
COFINS COMPL BX RENDA	2,11
DESCONTO BAIXA RENDA	39,70
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	39,70
JUROS MORATORIOS	0,21
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	7,95
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,26500
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,45500
	0,68271
	31,85
	32,77

Tributo	Data (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
ICMS	112,27	27,00	30,31
PIS	112,27	1,16	1,30
COFINS	112,27	5,30	5,96

VENCIMENTO

16/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

94,85

CPF/CNPJ

010.311.143-35

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Compensar suas emissões

pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

57,77 0,00

Consciência Ecológica (MTC) 0

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Verde - 09/02 - 09/03



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

S

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE JOSE LEITE VIEIRA		DADOS PESSOAIS		Nº DO PRONTUÁRIO 5179720	Nº DO BE 406935
CADSUS		NASCIMENTO 18/06/1969(51 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 74118501389		NOME MÃE MARIA LEITE VIEIRA			
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO RUA SABINO BATISTA 337 MONTE CASTELO			
MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	CONTATO (85) 99180-0629			
CEP 60.328-170					
OCORRÊNCIA					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
QUEIXA QUEDA DE MOTO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS DOR NO MSE					
SINAIS VITAIS					
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO				
CLASSIFICAÇÃO MARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA DALVANI BASTOS BARRETO			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 12/07/2020 00:17:39	
ÁREA ATENDIMENTO					
Atendimento de Emergência 0. EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA					
ANAMNESE					
HARMA 20 MINS DISOR. E					
20200227					
DIAGNÓSTICO					
COD. PROCEDIMENTO					
CID					
SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
Rx NUNCA E ADP. DADA LUNGA NEM NUNCA		Dr. Claudio Martins TRAUMATOLOGIA CREMEC 5888			
		CONFERE COM ORIGINAL 28/08/2020			
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					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 12/07/2020 00:17:39

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

CONFERE COM ORIGINAL

JOSE LEITE VIEIRA
04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messejana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

UNISUS 12600033240

 SUS Ministério de Saúde Sistema Único de Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
---	--

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>JOE LANE LIMA</i>	6 - Nº PISOM
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>18/06/1969</i>
9 - SEXO <i>Masculino</i>	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>LIANA LANE LIMA</i>
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Av. Barão de Lima 307 Monte Castelo</i>	12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Fonituba</i>
13 - CDD - IBGE MUNIC	14 - UF
15 - CEF	16 - TELEFONE DE CASA - ATU

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura do mto antm E</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>NECESSIDADE DE VTO CIRURG</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ANATOMIA + Ex frnt + R</i>			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>fratura do mto antm</i>	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS OCORRIDAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>IN Cirurgia</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>Dr. Claudio Martins TRAUMATOLOGIA CREMEC 5888</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Claudio Martins TRAUMATOLOGIA CREMEC 5888</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>12/07/20</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	33 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - Nº BILHETE	37 - SÉRIE
38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNIE EMPRESA	41 - LDBR
42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - EMPREGADO	45 - EMPREGADOR
46 - AUTÔNOMO	47 - DESEMPREGADO	48 - PRESENTADO	49 - OUTRO

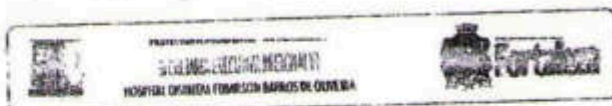
AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CDD - ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Clayton
04.888.888-00012-05
HOSPITAL DISTRITAL ECMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho 1578
Messegara - Cep: 60.864-810
Barroeira - Ceará

Gráf. HDEBO-SAME-AI

CONFERE COM ORIGINAL
28/08/2020



REGISTRO EMERGÊNCIA

5179720

MATRÍCULA

ITAL

PACIENTE: <u>José Leik Vieira, 51</u>		ENFERMARIA:		LEITO:
DATA OPERAÇÃO: <u>17 / 07 / 2020</u>		1º AUXILIAR: <u>Dr. V. Ferraz</u>		2º AUXILIAR:
ANESTESISTA: <u>Dra. Duino</u>		3º AUXILIAR:		INSTRUMENTADOR:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fratura rádio distal</u>		TIPO DE ANESTESIA:		
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO: <u>Masseter rádio + ruptura ligamentar</u>				
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:				
XAME RADIOLOGICO NO ATO:				
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:				

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCN. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISUAIS

- 1) Pet em DDH + biquia plaxo
- 2) Anestesia + antiseptia
- 3) Incisão volar do rádio + drenar por planos + redução
- 4) Fixação e 101 placa p/ rádio distal + 05 parafusos verticais 3,5mm
- 5) Ruptura ligamentar rádio carpo + ruptura pronador
- 6) Controle radiológico
- 7) Sutura por planos
- 8) Curativo

Wendel de Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14752 / SBOT 16025

Chauvinha
04.885.197/00012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jomaleto Tomaz Coelho 1578
Messajana - Cep: 60.864-810
Fortaleza - Ceará

Gráf. HDEBO - SAME - Desc. Oper. - 0

CONFERE COM ORIGINAL
28.08.2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL GASTROENTEROLÓGICO EDILSON DANTAS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE	JOSÉ LEITE VIEIRA		
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO
INÍCIO DO TRATAMENTO	DATA DA ALTA	DATA DO RETORNO	MÉDICO(A) PARA REVISAR
01/07/20	18/07/20	24/07/20	

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Paciente vítima de trauma
haveria fratura punho

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL	Fratura Punho
ACESSÓRIO 1	
ACESSÓRIO 2	
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS	

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Trat. Cirúrgico na Fratura Punho

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Atenção med. prescrita

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☐ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓRTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA	18/07/20	Dr. Ronaldo Guedes Ortopedia e Traumatologia CREMEO: 17019
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO		



PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE



Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira
Avenida Juscelino Kubitschek, 1574 - CNPJ: 04.885.187/0001-07 - Messejana - CE - 3105-1500

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

JOSE REITE VIEIRA

lembra médico

Atesto que o paciente
acima foi submetido
a cirurgia por Fatur
de Roldão lotal

Então - m
deputado

Fortaleza de 20

05/2010

Valterio Pinheiro
Traumatologia
CRM 0123

do Profissional

Valterio Pinheiro
Traumatologia
CRM 0123

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

1284477673

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

1284477673

PROVISORIO PLASTIFICADO

Nome

JOSE LEITE VIEIRA

DOC. IDENTIFICAD. / OBS. EMISSAO DE

97004016017 52P CE

CPF

741.185.013-68

DATA NASCIMENTO

18/06/1969

PAIS

DOMINGOS COSMO VIEIRA

MATERIA

MARIA LEITE VIEIRA

PROVISORIO

REC

CEHAB

A

Nº PASSADO

01773788600

VIGENCIA

04/03/2021

1ª HABILITACAO

29/04/2001

CLASSIFICACAO

A 1

Assinatura

Jose Leite Vieira

LOCAL

FORTALEZA, CE

DATA EMISSAO

06/05/2016

Assinatura

1-V-L-2-1

49286561864

CE153286362

DETRAN - CE (CEHAB)

00000000000000000000000000000000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200365375 **Cidade:** Pacajus **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE LEITE VIEIRA **Data do acidente:** 11/07/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

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 ESQUERDO.

**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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0288618/20

Vítima: JOSE LEITE VIEIRA

CPF: 741.185.013-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 11/07/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE LEITE VIEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE LEITE VIEIRA : 741.185.013-68

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: 13/10/2020
Nome: JOSE LEITE VIEIRA
CPF: 741.185.013-68

JOSE LEITE VIEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/10/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA