



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <u>Pedro Vieira Ricardo</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileira</u>
RG: <u>98015009530</u>	CPF: <u>856.416.933-91</u>	
Endereço: <u>Rua: Jaime Paulino 451</u>		
Cidade: <u>Murici - CE</u>		CEP: <u>61.905-105</u>

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 18 de Dezembro de 20 18.

* Pedro Vieira Ricardo
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Pedro Vieira Ricardo, residente e domiciliado na Rua: Jaime Raulino, nº 451, bairro: -, na cidade de Moracema, portador(a) do RG nº 98015009530, inscrito(a) no CPF nº 856.416.933-91 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 38 de Dezembro de 2018.

* Pedro Vieira Ricardo
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a) Sr(a) Pedro Vinícius Bezerra Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 28 de Diciembre 2019.

* Pedro Vieira Ricardo

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, Pedro Vieira Ricardo, brasi
leiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula
de identidade nº. 98055009530, inscrito(a) no CPF sob o
nº 856.416.933-91, DECLARO que tenho domicílio e sou
residente na Rua: Jaime Paulino, nº 451,
Bairro -, CEP: - /CE, conforme
comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 18 de Dezembro 2018.

* Pedro Vieira Ricardo

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 INTERPRINT LTDA VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1004733602	
NOME PEDRO VIEIRA RICARDO DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 98015009530 SSP CE	
 CPF 856.416.933-91 DATA NASCIMENTO 07/07/1976	
FILIAÇÃO JOSE RICARDO SOBRINHO MARIA DELOURDES RICARDO	
PERMISSÃO ACC CAT. HAB. A	
Nº REGISTRO 04925858743 VALIDADE 21/10/2019 1ª HABILITAÇÃO 22/04/2010	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR PEDRO VIEIRA RICARDO	
LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 22/10/2014	
ASSINATURA DO EMISSOR IGOR VASCONCELOS PONTE 52665266841 CE144321718	
DETRAN-CE (CEARA)	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1004733602	

Nº DO CLIENTE
3496181-0

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 530854256

Rota 17 26000 16 166500 - 8 Data de Emissão 25/06/2018

Nome PEDRO VIEIRA RICARDO

End. Postal RU JAIME PAULINO 00451 AP 203 BL D
ALTO DA MANGUEIRA - MARACANAU - 61905105

Medidor 23331475 Poste 0000 B13S

Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 856416933-91 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2018	25/06/2018	25/07/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto MARACANAU

Mês Abr/2018 EUSD 26,95

DICRI = 0,00 F

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
83,40	27,00%	22,51

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B7E5.D086.7D03.D1B0.4C6A.61AE.157C.12CB

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 9103	8995	1,00	108	0,00	108	0,77224	83,40
25/06/18	24/05/18		32 DIAS		108		83,40

VALOR CONSUMO DO MES 83,40

MULTA MORATORIA REF 03/2018 1,78

JUROS DO MES 0,51

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 20,33

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 6,45)

VENCIMENTO 10/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 106,02

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	31,52
Transmissão	3,36
Distribuição	17,96
Encargos Setoriais	4,81
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	25,75
TOTAL	83,40

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
115	108
108	120
120	119
119	129
129	107
107	133
133	113
113	114
114	102
102	133
133	126
126	87

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 42,16

Compensado kg (CO₂) 0,00

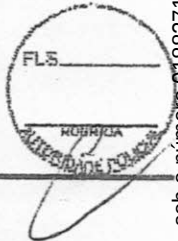
Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO | DÉBITOS ANTERIORES



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ



BOLETIM DE Ocorrência Nº 204 - 9543 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 30/10/2017 10:56:10
Data / Hora da Ocorrência: 18/07/2017 17:10:00
Endereço da Ocorrência: AVENIDA PADRE JOSE HOLANDA DO VALE
Complemento:
Bairro: PIRATININGA Município: MARACANAÚ/CE
Ponto de Referência: PRÓXIMO AO TUNEL

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: PEDRO VIEIRA RICARDO
Nascimento: 07/07/1976 CPF: 856.416.933-91
CNH: 04925858743 Órgão Emissor: DETRAN UF: CE
Filiação: MARIA DE LOURDES RICARDO
JOSE RICARDO SOBRINHO
Endereço: RUA JAIME PAULINO, 451 RESIDENCIAL
Bairro: ALTO DA MANGUEIRA
Município: MARACANAÚ/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 8866-9633

Histórico

Afirma o declarante que no dia 18/07/2017, por volta das 17h10min, trafegava pela Avenida Padre José Holanda do Vale, no Bairro Piratininga conduzindo a moto de marca/modelo YAMAHA FACTOR YBR 125, com placa NQL-2989/CE, chassi-9C6KE122090069812, registrada em nome de ERINALDA VIEIRA AZEVEDO, esposa do declarante, ocasião em que o mesmo passou no local citado e acabou derrapando na pista de rolamento em face de ter sentido uma tontura, perdendo o equilíbrio; Que o declarante caiu na pista de rolamento, declarando que foi socorrido por uma unidade móvel de atendimento SOS MARACANAÚ, onde foi conduzido ao Hospital ABEMP, PAJUÇARA, no município de Maracanaú; Que em face do acidente o declarante teve fratura da clavícula esquerda; E nada mais disse:///////.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARACANAÚ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO ALAILTON ARRUDA DE ANDRADE - MAT.: 133168-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Pedro Vieira Ricardo

VISTO DO DELEGADO(A):

VICENTE LUIS CARVALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7



Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou Atendimento, Pré-Hospitalar ao Sr.(a) **PEDRO VIEIRA RICARDO** CONTATO DO TITULAR OU RESPONSÁVEL: 987409024, RG Nº: **98015009530 SSP CE**, filho(a) de **JOSÉ RICARDO SOBRINHO** e de **MARIA DELOURDES RICARDO**. nascido(a) em 07/07/1976, natural de INDEPENDÊNCIA-CE

Residente na RUA: **JAIME PAULINO Nº 451, BLOCO D 203, ALTO DA MANGUEIRA, MARACANAÚ-CE** o qual na data de 18/07/2017, por volta das 17;10 Hs, foi vitimado(a) no trânsito. (QUEDA X MOTO)

A vítima foi conduzida ao Hospital. ABEMP. PAJUÇARA, MARACANAÚ-CE
Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ-CE, 05 de OUTUBRO de 2017.

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE

Fco. Gessival M. Santos
COORDENADOR SOS AMBULÂNCIA

FRANCISCO GESSIVAL MARQUES DOS SANTOS
COORDENADOR DO S.O.S AMBULÂNCIAS



HOSPITAL CENTRAL
DE
FORTALEZA

Ficha de Admissão
internamento

19/07/2017 00:59

Atendimento: 0862633 - Prontuario: 02670623

Dados do Paciente:

Nome: PEDRO VIEIRA RICARDO
Endereço: RUA JAIRO PAULINO, 451 - ALTO DA MANGUEIRA
RG: 98015009530 SSP-CE Telefones: (85) 9874.09024 / () / ()
Sexo: Masculino Data Nasc: 07/07/1976 - 41 Anos
Nome da Mãe: MARIA DE LOUEDES RICARDO
Nome do Pai: NC
Responsável: ERINALDA VIEIRA AZEVEDO
Cadastrado por: LILIAN MENEZES TEIXEIRA ROCHA

DATA DA ALTA

22/07/17

Dados do Convênio:

Convênio: UNIMED Data Atendimento: 19/07/2017 Hora: 00:59
Matricula: 00630020050211382 Validade: 31/05/2018
Plano: MULTIPLAN Guia 185571575 Autorização 24099434
Segurador: Qtd dias autorizados

Dados da Admissão

Data Internação 19/07/2017 Hora 00:59 Leito 501 / A
Médico Solicitante Dr.(a) SAULO RODRIGUES MOREIRA CRM: 13025
Médico Respon: Dr.(a) SAULO RODRIGUES MOREIRA CRM: 13025
Procedimentos Autorizados:
CBHPM 3.07.17.08-6 FRAT. DA CLAVI OU ESCAPULA - TR.CONSERVA
Diagnóstico Inicial:

Fratura de clavícula @.

Historia da Doença:

04.970.920/0101-03

HOSPITAL CENTRAL DE FORTALEZA LTDA

Rua: Tião Gonçalves, 1067 - Anexo

Bomfim - CEP 60.015-002

FORTALEZA CEARÁ

Exame Físico:

CONFERE COM ORIGINAL

Guiherme C.

Guiherme C.

Tratamento:

Fr. clav. fix. clon.

Alta:

Data: / / Hora: : Motivo:

Rômulo Férter
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12115

Assinatura / Carimbo Médico

Erinalda A. Azevedo

AUTORIZADO
01/08/17

R.Ta



HOSPITAL CENTRAL
DE
FORTALEZA

Ficha de Atendimento
Ambulatorial

Atendimento: 0802623 - Prontuario: 02670623

Dados do Paciente:

Nome: PEDRO VIEIRA RICARDO
Endereço: RUA JAIRO PAULINO, 451 - ALTO DA MANGUEIRA
RG: 98015009530 SSP-CE Telefones: (85) 9874.09024 / () / ()
Sexo: Masculino Data Nasc: 07/07/1976 - 41 Anos
Nome da Mãe: MARIA DE LOUEDES RICARDO
Responsável: ERINALDA VIEIRA AZEVEDO
Cadastrado por: LILIAN MENEZES TEIXEIRA ROCHA

Dados do Atendimento:

Convenio: UNIMED Data Atendimento: 19/07/2017 Hora: 00:59
Matricula: 00630020050211382 Validade: 31/05/2018
Medico Respon: SAULO RODRIGUES MOREIRA CRM 13025
CID/Diagnostico: S420 - Frac da clavícula

Procedimentos Autorizados:

CBHPM 3.07.17.08-6 FRAT. DA CLAVI OU ESCAPULA - TR.CONSERVA

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Fr. clavícula

Rômulo Feryer
Ortopedista Traumatologista
CRM 12115

Assinatura / Carimbo Medico

Erinalda Vieira
Assinatura Paciente/Responsável



HCF Hospital Central de Fortaleza
Nossa satisfação é o seu Bem-estar

24h

**Clínica médica
Traumatologia
Unidade de Terapia Intensiva**

Pedro Vieira Ricardo

LAUDO MÉDICO

Paciente vítima de fratura
de clavícula @, sendo
realizado cirurgia em 21/07/17.

Evolutivo / Fundo limpo

Fim da Fratura Temporária
✓ em 1 de Jul @

Rômulo Férrer
2º Ten Ortopedista
CRM 12115 Idt 100261167-2

29/07/17

FICHA DE ANESTESIA

NOME: pedro Vieira Ricardo
AP/ENF: 117 LEITO: 117 CONVÊNIO: unimed
CIRURGIÃO: Dr. Rômulo DATA: 21/07/17

IDADE: _____ PESO: _____ ALTURA: _____ SEXO: _____ PULSO: _____ RESPIRAÇÃO: _____

PA: _____ TIPO SANGÜINEO: _____ HEMACIAS: _____ HEMOGLOBINA: _____

HEMATÓCRITO: _____ GLICEMIA: _____ URÉIA: _____

AP. RESPIRATÓRIO: _____ ASMA: _____ BONQUITE: _____

AP. CIRCULATÓRIO: MSU ECG: _____

AP. DIGESTIVO: _____ DENTES: _____ PESCOÇO: _____

ALERGIAS: Dipirona, Paracetamol, AINES

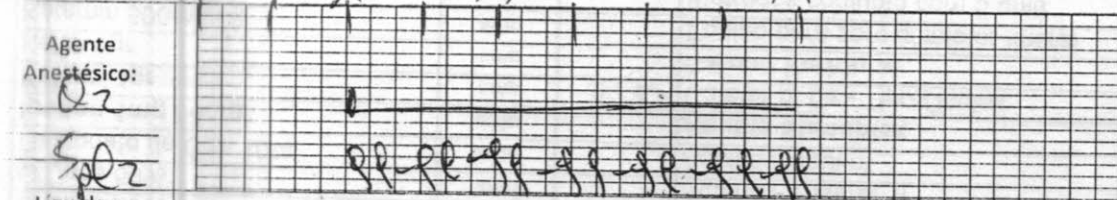
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

ANESTESIAS ANTERIORES: _____

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: _____

PAM: _____

HORÁRIO: 12 X 13 14



Líquidos: (soros, hemoderivados etc.)

PULSO: 220, 210, 200, 190, 180, 170, 160, 150, 140, 130, 120, 110, 100, 90, 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: _____

AGENTE: _____

TÉCNICA: Bloqueio de Plexo Braquial + Sedação

CIRURGIA: Fratura de Clavícula - TIO CX

CIRURGIÕES: Dr. Rômulo + Dr. Clodoaldo

ANESTESISTA(S): Dr. Rêno

INTERCORRÊNCIAS: _____

INDUÇÃO

Satisfatória: _____ Excitação: _____
Tosse: _____ Lenta: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____

MANUTENÇÃO

1. DELTAPANE 500
2. Exenatida 1mg
3. Bloqueio de plexo
4. Via Supraduvid
5. Quido pro USG
6. ASO, administrado
7. Intubação 24x14 + Bupiv
8. med. SY. CIV 1:1 3ml
9. Normonid 03mg
10. Entonil 10mg
11. Clonidina 150mg
12. Decadron 10mg
13. Kefzol 2g
14. Vanedron 04

Anestesia Satisfatória:

Sim () Não ()

Paciente para o leito com cânula:

Sim () Não ()

Perda Sanguínea Aprox.: _____ ml

Obstrução: _____ Co2

Náuseas: _____

Vômitos: _____

Outros: _____

Dr. Rêno Damasceno Pessoa
Anestesiologista

CREMEC: 13.995 RQE Nº 7549

Assinatura do Anestesta/CRM

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|---|
| ☐ DIÁRIA DE UTI | ☐ USO DE OXIGENADORES |
| ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| ☐ PRORROGAÇÃO DE INTERNAMENTO | ☐ PROCEDIMENTO DE ALTO CUSTO |
| ☐ OUTROS | |

NOME DO PACIENTE: Pedro Vieira Ricardo Nº GICH: _____
CÓDIGO USUÁRIO: _____ HOSPITAL: SOS
DATA INTERNAÇÃO: ____/____/____ PREVISÃO DE ALTA: _____

JUSTIFICATIVA:

01 placa bloqueada p/ clavícula.
06 parafusos bloqueados p/ clavícula.
06

DATA: 21/07/17

AUDITOR:

DATA:

Rômulo Ferrer
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12115

ASS. MÉDICO SOLICITANTE

ASS. MÉDICO AUDITOR

BOLETIM CIRÚRGICO

NOME: Pedro Vieira Rêlondo
CLÍNICA: Cirurgia CONVÊNIO: Unimed LEITO: 117
DATA: 21/07/17 CIRURGIÃO: Dr. Rômulo Fêrrer
1º AUXILIAR: _____ 2º AUXILIAR: _____
INSTRUMENTADOR: Monuêlo CIRCULANTE: Célia
ANESTESISTA: Dr. Rene Pessoa TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx clavicular
TIPO DE OPERAÇÃO: ffo cir. d fx clavicular

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

POTENCIAL DE CONTAMINAÇÃO DA CIRURGIA:

LIMPA ☒ POTENCIAL CONTAMINADA ☐ CONTAMINADA ☐ INFECTADA ☐

Início da Cirurgia: 1230	Término: 1400	Duração: 90'
Início do Oxigênio: 1230	Término: 1400	Duração: 90'

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

PJ ar. Dait. pel. ant.
Anupus + Antingus + cap.
Frag. de clav.
Vigilância Fx RAFI
Bloq. p/ clavicular + OG parafuso
Bloq. motor
Exato. Inc. + Transf. manual
Prepar. de ASA ar. up. ant. de clavicular.
Fras. e/ etilol. so
sutura p/ pele + cur.

Rômulo Fêrrer
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12115

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para parecer final e de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180291847 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** PEDRO VIEIRA RICARDO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE**BENEFICIÁRIO** PEDRO VIEIRA RICARDO**CPF/CNPJ:** 85641693391**Posição em 10-09-2018 12:42:03**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
18/07/2018	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/v81GeUQiv+2OcdZj5b2glA==/eXp... api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q9xQAVI8EfZRPWDTLaY9Ngo=)
04/07/2018	Interrupção de Prazo	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eTG8HL3gjmGj__Z9FtCjYcg==/eXp... api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q9xQAVI8EfZRPWDTLaY9Ngo=)
03/07/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eTG8HL3gjmGj__Z9FtCjYcg==/eXp... api_key=2EUxO2SGR89AycdPswx__q9xQAVI8EfZRPWDTLaY9Ngo=)

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

SINISTRO 3180432121 - Resultado de consulta por beneficiário

SINISTRO 3180291847 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PEDRO VIEIRA RICARDO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO PEDRO VIEIRA RICARDO

CPF/CNPJ: 85641693391

Posição em 12-12-2018 14:33:31

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
31/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50