

ESTADO DO CEARÁ



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL ORÓS - CEARÁ

Rua Antônio Sobrinho, Alto dos Custódios - Orós-CE
CEP: 63520-000 Fone/fax: (88) 3584 1808

BO - nº 082/2016

DADOS DA OCORRÊNCIA

DATA/REG: 26/01/2016

HORA/REG: 10:03min

NATUREZA: ACIDENTE DE TRANSITO

DATA/OCOR: 14/12/2015 ÀS 12:30HS

LOCAL/OCOR: CE 153, RODOVIA PADRE CICERO, próximo A BRITADEIRA,
ORÓS/CE

DADOS DO NOTICIANTE

FRANCISCO IVAN RICARTI, brasileiro, solteiro, agricultor, natural de Orós/CE, nascido aos 2008913101-5 SSP/CE, CPF 407.961.628-75, filho de Maria Noemia Ricarti, residente no Sítio São Vicente, Jaguaribe/CE. Fone: (88) 99711.6450.

NARRATIVA DOS FATOS

Compareceu em cartório o Sr. FRANCISCO IVAN RICARTI acima qualificado, o qual registrou a seguinte notícia: QUE em data e local mencionados estava conduzindo a motocicleta de MARCA/MODELO: HONDA/POP 100, ANO/MOD: 2007/2007, AMARELO, PLACA: NUV 4186- ORÓS/CE, CHASSI: 9C2HB02107R009175, RENAVAL: 253322839, REGISTRADA EM NOME DE MANOEL RICARTI TORRES, quando foi vítima de um acidente de trânsito, por conta que em uma curva o pneu traseiro estourou, perdendo o controle da moto e vinha um veículo atrás, batendo na traseira de sua moto e o jogando para fora da pista, vindo a cair no solo; QUE foi socorrido e levado ao Hospital Municipal de Orós/CE, sendo atendido pelo Dr. Hálamo Teófilo Mendonça, CREMEC: 16.623, diagnosticado ferimento cortante em couro cabeludo com exposição óssea, trauma cortante em 1º quirodactilo direito, 5º direito, 1º esquerdo, 5º direito (com sinais de fratura), acima do mamilo direito e acima do joelho direito; QUE Foi encerrado o presente termo. Lido e achado conforme, vai de acordo assinado.

NOTICIANTE: Francisco Ivan Ricarti

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Rosa Maria R. Lopes
Rosa Maria R. Lopes
Feri... Policia
Mat. 300073-1-X



HOSPITAL E MATERNIDADE LUZIA TEODORO DA COSTA



Paciente: Francisco Ryan Ricarte Emerg.
 Nascimento: 23 / 03 / 86 Idade: 29 anos
 Sexo: Masculino Natural: Carioca Est. Civil: _____ Raça: _____
 Pai: _____ Mãe: Maria Nemia Ricarte
 Endereço: St. Lento, Juazeiro Bairro: _____
 Município: Juazeiro Cartão SUS: _____
 Motivo do Atendimento: PRONTO ATENDIMENTO
 Data do Atendimento: 14 / 12 / 15 Hora: 15 : 05

Triagem (Hora: _____ : _____ PA 120 / 70 (mm/g): Temp.: 36.6 (°C)

Queixa Principal: Trauma metacárdico R. 24 / P.N. 82 bpm

ANAMNESE - (HORA DA CONSULTA - 13 : 20 h)

Paciente vítima de Trauma metacárdico sem uso de capacete. Chaga com calcegem 15, desmbrando Aparada primária contada em cune. EXAME FÍSICO: cardíaco com exposição sinistral, Trauma contido em: 1º quindrôtilo direito, 5º, dige, 1º quindrôtilo esquerdo, 5º quindrôtilo direito (sem sinais de fratura), acima do mamilo direito e acima do Joelho direito

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA ① RE? ② Fratura de 5º quindrôtilo direito.

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

- ① Rx crânio PA
 ② Rx espinha cervical PA, dige AP
 ③ Rx braço AP.

④ Rx mão direita esquerda AP, oblíqua

PRESCRIÇÃO

ENFERMAGEM

- ① Limpeza
 ② Sutura de primária
 ③ SFO, 9: 1500ml, EV 500 500 500
 ④ 1ª punção SAP+AD, EV. 13/190



AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente fotocópia é reprodução fiel do documento original que me foi apresentado. Dou fé. Orós-CE 20 / 01 / 2016 Em testemunho da verdade

Raquel
 Ana Raquel Teófilo de Queiroz
 1º Notária

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICAÇÃO

ALTA: DATA: _____ / _____ / _____ HORA: _____ : _____
 DESTINO: () DOMICÍLIO () ÓBITO () INTERNAÇÃO ☒ TRANSFERÊNCIA

Transferência para Hospital Regional do Cariri.
 Avaliação do neurologista / ortopedista.

 Dr. Helder Teófilo Mendonça
 CREMEC 10.000



GOVERNO MUNICIPAL DE ORÓS
PREFEITURA MUNICIPAL DE ORÓS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE LUZIA TEODORO DA COSTA



SERVIÇO DE ENFERMAGEM

 HOSPITAL E MATERNIDADE LUZIA TEODORO DA COSTA SOS									
PACIENTE	Nome: <u>Francisco Leon Ricardo</u>			Prontuário:					
	Clínica: <u>Emergência</u>		Enfermeira:		Leito:				
Diagnóstico: <u>2º Gêmeo</u>						Data: <u>14/12/15</u>			
OPERAÇÃO OU PARTO	Principal:			Código:		Início: <u>13:05</u>			
	Secundária(s):			Código:		<u>13:40</u>			
	Simultâneas:			Código:		Término: <u>13:40</u>			
						Duração Total: <u>35 minutos</u>			
	Cirurgião ou Obstetra: <u>H. Alamo</u>			Auxiliares:					
ANESTESIA	Tipo: <u>Indução</u>			Código:		Início Término:			
	Anestesia: <u>Local</u>					Total:			
RECÉM NATO	Hora e Data	A Termo		Noti-Morto		Único Masc.		Múltiplo Fem.	
		Prematuro		Neo-Morto		Único Fem.		OBS.:	
						Múltiplo Masc.			

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS NA SALA

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS							
NOME	UNID.	QUANT.	PREÇO	NOME	UNID.	QUANT.	PREÇO
S. fisiológico							
P.O. - P. I							
gaze							
retardante							
esparadrapo							
Seringa 10ml	01						
agulha 25x7	01						
agulha 25x8	01						
fio lido 20	03						
filam 0	01						
fio lido 5,0	01						
tese estéril 7	01						
tese fisiológica	01						

Instrumentador(a):

Perimeter

Ass. Circulante:



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA



1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retorno com a 1ª via a Unidade de Origem.

fls. 13

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: Francisco Ivan Ricarte Prontuário Nº: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data nasc.: 29/05/86 Ocupação: _____
Endereço: Sítio Canto do Juazeiro Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Acidente de queda de moto há 3 meses, com TCE grave + fratura
5º quíndito. Din. Balizas esqueléticas neurovasculares, sem avaliação
Resultado de Exames: ortopédica
em a palpção do 5º quíndito. din + edema local

Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: Fratura 5º Quíndito Din.
Dr. Italo Lôbo 02.01.15
Médico _____
Assinatura do Encaminhado: Nº Registro _____ Função _____ Data _____ Hora _____
CRM MEC 17029

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: Ortopedista
Data: 1 / 1 / _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº: _____ Alta 1 / 1 / _____
Município: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____
Resultado de Exames: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____
Conduta Realizada: _____
Proposta de Conduta para Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO EUGENIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 12/04/2016 às 17:50, sob o número 01274692820168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0127469-28.2016.8.06.0001 e código 20C08D9.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL REGIONAL DE IÇO
AV JOSEFA NOGUEIRA MONTEIRO, S/N
Telefone: 88-35611611



000292266

09/01/2016 07:19:09

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

DIURNO

Paciente: FRANCISCO IVAN RICARTE

Tipo Doc: Documento

IDENTIDADE: 2008913101-

Mãe: 5

MARIA NOEMIA RICARTE

Endereço:

SITIO - ZANA RURAL - SITIO CANTO DO JUAZEIRO --- OROS - CE

Órgão Emissor: SSP/CE

Data Nascimento: 29/05/1986

Data Emissão: 10/09/2014

Sexo: F

Pal: N/C

Idade: 29 A 7 M 11 D

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Raça/Cor: PARDA

CNS: 898003275642806

Naturalidade: OROS - CE

Contato:

CPF: 40796162875

Prontuário: 00031792

Ocupação: SEM OCUPAÇÃO

Class. de Risco:

Plano Convênio:

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº da Carteira:

Validade:

Autorização:

Ex. Prenatal:

Motivo de Atendimento:

PRONTO ATENDIMENTO

Sector:

TRAUMATOLOGIA / ORTOPE

Caráter do Atendimento:

URGÊNCIA

Tipo de Chocada:

AMBULANCIA OUTROS MU

Profissional do Atend.:

Procedência:

PSFCENT - PSF

Procedimento Sol.:

Temp.:

Peso:

Pressão:

Registrado por:

ROMARIO

☐ Síndrome Febil ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Queixa Principal:

Anamnese de Enfermagem:

GSC:

AD: 1234 RV: 12345 MRV: 123450

TOTAL:

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)

Adquirido há 01 mes.

Exame Físico:

TC e exame em unid

Hipótese Diagnóstica:

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

Exame e da mão

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

ATP -

Conduta:

☐ Alta por Decisão Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revelia

☐ Transferência para:

☐ Ambulatorio

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito:

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IML/ Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Pedro Aquino
TRAUMATOLOGIA
CRM - CE 6274

Impresso por: romario
Data Hora: 09/01/2016 07:22:19





RECEITÁRIO

Nome: Francisco Moura Lacerda

Fisio terapia

20ss.

Frotura do met.

9/1/16
DATA

Dr. Pedro Aquino
TRAUMATOLOGIA
CRM - PE 8274
MÉDICO

HOSPITAL REGIONAL DE ICÓ-HRI



FUNDAÇÃO OTÍLIA CORREIA SARAIVA
HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTÔNIO
HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI



PACIENTE: Francisco Ivan Ricardo
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

ATESTADO MÉDICO

O Senhor (a) _____

_____ foi atendido(a) às _____ horas

() Acompanhando paciente, não podendo desenvolver suas atividades normais por _____ (_____) dia(s).

() Podendo retornar ao trabalho.

(X) Devendo permanecer de licença médica 30 (trinta) dias a partir desta data

() Devendo voltar para outra consulta em: _____

C.I.D. 506.9

Data: 23 / 12 / 15

[Assinatura]
MÉDICO - CREMEC

CNPJ: 41.343.187 / 0001-03
Rua Zuca Sampaio, 685, Vila Santo Antônio, Barbalha - CE / CEP 63180-000 / (88) 3532-7700



Hospital
Santo Antônio

Francisco Ivan Ricarte

Solicito

① consulta com
Ortopedista

fratura 5^a PDD

Voltando à consulta, trazer esta receita

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA - 24 HORAS
 TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS
 - CIRURGIA GERAL
 - OBSTETRICA
 - VASCULAR
 - CIRURGIAS PLÁSTICAS
 - ALERGIOLOGIA
 EXAMES
 - RESSONÂNCIA
 - RAIO-X
 - ELETROENCEFALOGRAMA
 COMPUTADORIZADO

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO
 Av. Paulo Maurício S/N - Fone: (88) 3532-7700



GOVERNO MUNICIPAL
PREFEITURA MUNICIPAL DE ORÓS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

Declaração

Declaro que o Sr. Francisco João Ricardo,
foi atendido no Hospital e Maternidade
Luiz Freixo da Costa em 14/03/16 às
13:20h, apresentando seguinte contusão em
cabeça colidido com superfície sólida, lacuna
contusa em 1º quindactilo direito, 1º quindactilo
lado esquerdo, 5º quindactilo direito (com sinais
de fratura). O paciente foi encaminhado para
o encaminhado ao Hospital Regional do Ceará
para assistência com exames necessários. Sem
mais nada a declarar.

Orós - CE

GABINETE DO SECRETÁRIO DE SAÚDE

25/03/16

Data

Dr. Wilson Tasso Mendes
MÉDICO
CREMEC 15.693
Médico / CRM

Dra. Monique Pereira da Silva
Fisioterapeuta
Crefito 5893- LTF

Lauda Funcional para Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT.

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

I. Informações do Paciente

NOME: Francisco Ivan Ricarte

CPF: 407.961.628-75

Essa perícia foi realizada por um profissional devidamente capacitado e regulamentado de acordo com as resoluções, N° 41 de 18 de junho de 2009 e n° 381, de 03 de novembro de 2010.

II. Histórico do acidente (sequelas, cirurgias, etc.)

Vítima de acidente de trânsito em: 14/12/15, sofreu:

Pt Francisco Ivan Ricarte o mesmo estava pilotando motocicleta quando sofreu acidente resultando em TCE e fratura do 5º dedo da mão direita.

Submeteu-se a tratamento(s):

medicamentoso, fisio e comensador

III. Exame físico (ADM, Tônus e Trofismo):

Pt apresenta cefaleia constante, visão turva, equilíbrio alterado. pt não realiza movimentos rápidos ou com resistência. ADM do dedo mínimo diminuída. não consegue realizar movimentos com pressão, edema em mão direita e esquerda, diminuição da força muscular do M.ED, retronda o mesmo de suas AVDs.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL 2008913101 - 5	DATA DE EXPEDIÇÃO 10/09/2014
NOME FRANCISCO IVAN RICARTI	
FILIAÇÃO MARIA NOEMIA RICARTI	
NATURALIDADE ORÓS - CE	DATA DE NASCIMENTO 29/05/1986
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:10719 FOLHA:255 V LIVRO:A/28 ORÓS - CE CPF: 407.961.628-75	
1 VIA	ASSINATURA DO DIRETOR P.: 176
LEI Nº 7.116 DE 29/05/89	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA PORTEIRA DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E MANEJO PROSECUTÓRIO	  Polegar Direito
Francisco Ivan Ricarti	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Francisco Ivan Ricarte		Nacionalidade: Brasileira
Residência: RR Jure Capaz		Profissão:
CPF nº: 407.961.628-75	RG n: 2008913101-5	Estado Civil:
Bairro: de São Vicente Rural	Cidade: Jaguaribe	Estado: CE
CEP: 632175000	Telefone:	

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

FORTALEZA-CE, 30 de janeiro de 2015

Francisco Ivan Ricarte

DECLARANTE



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

Nome: <i>Francisco Ivan Ricarte</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>RR JURE CAVAL</i>		Profissão:
CPF nº: <i>409.962.628-75</i>	RG n: <i>2008913101-5</i>	Estado Civil:
Bairro: <i>St. São Vicente Rural</i>	Cidade: <i>Jaguaripe</i>	Estado: CE
CEP: <i>63415000</i>	Telefone: <i>(88) 997116450</i>	

OUTORGADOS:

LUIS JORGE DE LIMA, ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA e PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA, brasileiros, advogados regularmente inscritos na OAB-CE sob os nrs. 6.402, 6.809 e 30.689, todos com escritório profissional na rua Julio Abreu, 155 - Varjota, na cidade de Fortaleza-CE, onde receberá as intimações necessárias.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 quaisquer medidas judiciais para o **recebimento da indenização do seguro obrigatório DPVAT que lhe cabe**, 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, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiências** em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza *30* de *jan* de 2016

Francisco Ivan Ricarte

Outorgante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Nome: <u>Francisco Ivan Ricarte</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>R.R. Jure Capaz</u>		Profissão:
CPF nº: <u>409.961.628-75</u>	RG n°: <u>2008943101-8</u>	Estado Civil:
Bairro: <u>St. São Vicente Puras</u>	Cidade: <u>Jaguaripe</u>	Estado: CE
CEP: <u>63475000</u>	Telefone: <u>(88) 997116450</u>	

Declaro para todos os fins a que esta se destinar que fui devidamente esclarecido pelos Drs. **LUIS JORGE DE LIMA, ANTONIO EUGÊNIO FIGUEIREDO DE ALMEIDA e PEDRO JORGE CRUZ DE LIMA**, advogados regularmente inscritos na OAB-CE sob os nrs. **6.809, 6402 e 30.689**, acerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente ação judicial de indenização do seguro obrigatório DPVAT, assumindo, assim, de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO o escritório **JORGE & LIMA ASSESSORIA E CONSULTORIA JURIDICA** e os advogados acima elencados, ou de qualquer outro advogado indicado que venha a patrocinar o presente processo, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei arts. 339 e 340 do cpb."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza 30 de junho de 2016.

p. Francisco Ivan Ricarte

DECLARANTE

Escritório: Rua Julio Abreu, 155 – Bairro Varjota
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3467.6616



(/)



Buscar no site



- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pages/Pontos-de-Atendimento-Autorizados.aspx)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE 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 a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3160092156 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO IVAN RICARTI**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** COMPREV SEGUROS E

PREVIDÊNCIA S/A

ENDEREÇO Av. Mem de Sá, 247 - 1º andar - parte, Centro, Rio de Janeiro - 19,
CEP: 20230-151

BENEFICIÁRIO FRANCISCO IVAN RICARTI

CPF/CNPJ: 40796162875

Posição em 08-04-2016 12:28:27

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
21/03/2016	R\$ 675,00	R\$ 0,00	R\$ 675,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



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

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-
Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)