

PROCURAÇÃO

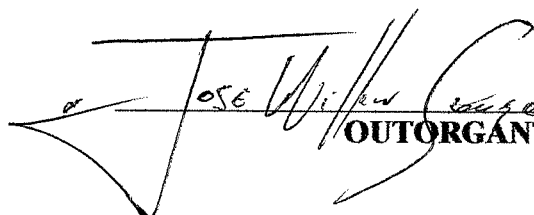
OUTORGANTE:

Jose Wilton Sousa, brasileiro solteiro, autônomo
inscrito no Rg 91004019339, CPF: 732.955.903-20
residente na Av Anís 2820, nº 137 A, Vila Velha
Fortaleza/ce - Cep: 60451-150

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

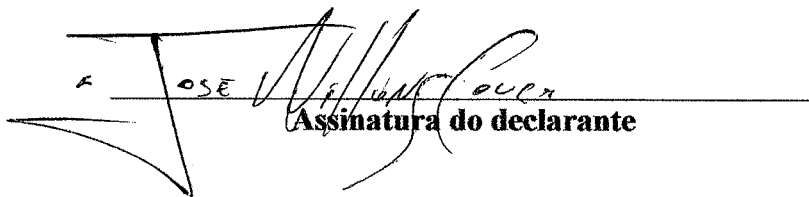
Fortaleza, 09 de 07 de 2019.

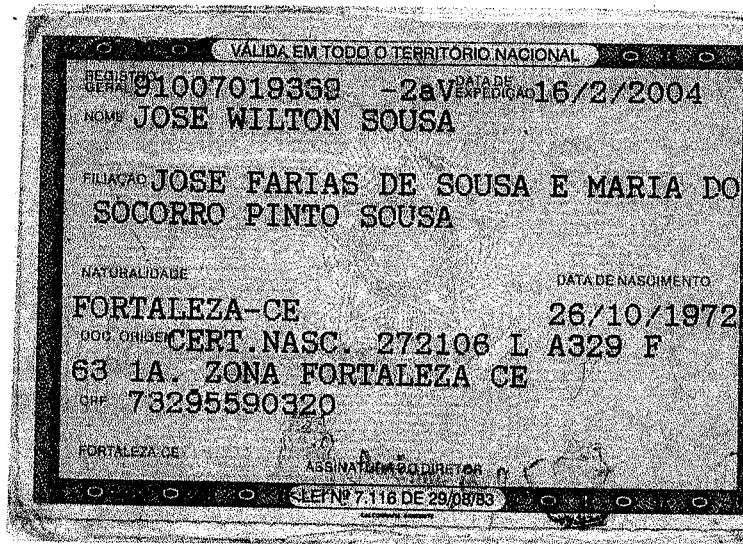

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 07 de 07 de 2019.


Assinatura do declarante



2244542-0 144,53
 Nº do Cliente: 23/05/2018 Referência: 144,53
 Data de Emissão: 526630655 Total a Pagar (R\$): 0002244542 00209 39302
 Nº da Nota Fiscal: 8387000001-0 44530031000-0 00022445420-0 02093930269-6

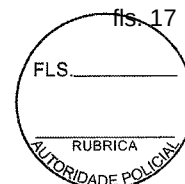


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3198 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **25/07/2018 11:32:24**

Data / Hora da Ocorrência: **09/06/2018 14:20:00**

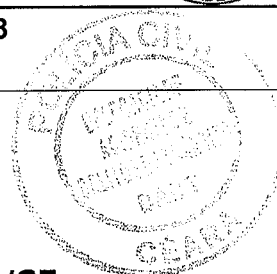
Endereço da Ocorrência: **RUA BENU MARCONDES**

Complemento:

Bairro: **VILA VELHA**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência: **PROX AO GONZAGUINHA**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE WILTON SOUSA**

Nascimento: **26/10/1972** CPF: **732.955.903-20**

RG: **91007019339**

Orgão Emissor: **SSP/CE**

UF:

Filiação: **MARIA DO SOCORRO PINTO SOUSA**

JOSE FARIAS DE SOUSA

Endereço: **AVENIDA MAJOR ASSIS, 2820 BL M APT 137 A**

Bairro: **VILA VELHA**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP: **60.345-150**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98404-6975**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVD7662** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9BGSA1910AB261809 Renavam: **202096289** Tipo do Veículo:

AUTOMOVEL Marca / Modelo: **CHEVROLET/CLASSIC** Ano Fabricação:

2010 Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA**

Proprietário: **ROSILDA DA MOTA E SILVA OLIVEIRA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

2) Placa: **PMC0675** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2JC4110FR818826 Renavam: **1054651270** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA** Cor:

PRETA Proprietário: **JOSE WILTON SOUSA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA PMC-0675-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA BENU MARCONDES; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS NVD-7662, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELA MÃE DO CAUSADOR DO ACIDENTE, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.//

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 17. DISTRITO POLICIAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Ceará, liberado nos autos em 31/07/2019 às 15:05:11. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jfcs.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01578664-95.2019.8.06.0001 e código 4DD7970.



NOTA DE SALA

4461306

Atendimento:	51664688	Prontuário:	3620328	JOSE WILTON SOUSA	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30720095	FRATURA E/OU LUXACOES (INCLUINDO DESCOLAMENT)		Tipo Anestesia:	BLOQ.PLEXO-BRAQUIAL+SEDACA
	30722462	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS DA MAO - REPARACAO CIRURGICA		30732026	ENXERTO OSSEO
Sala Cirúrgica:	SALA CC 01		Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.: 1021
Equipe Médica:	CIRURGIAO	1442791	THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA	CRM	11506
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	3184358	ANDRE DE CASTRO ALCANTARA CARVALHO	CRM	11538
	ANESTESISTA	3288552	CESAR CHALUB CRUZ	CRM	51194
	CIRCULANTE	3121534	JANE CAROLINA DE ABREU	COREN	445810
	INSTRUMENTADORA	3502252	ELISEU ANTONIO PAULINO CA	COREN	1017409

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
	Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos	
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	34290	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	2
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	139799	CLONIDIN 150MG AMPL 1 UD	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	3	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	40037	DORMONID 15 MG AMPL 3 ML	1
134866	AGULHA STIMUPLEX 100 G - 21X4 - 1 UD	1	145419	FENTANIL 5ML AMPL 5 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	48674	IRUXOL BISN 30 GR	10
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	154754	KETALAR 2ML AMPL 1 UD	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	3	91537	NAROPIN SP 10MG FRAP 20 ML	1
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	59609	PROFENID 100MG IV FRAP 1 UD	1
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	43290	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1	143303	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML TUBO 100 ML	2
135866	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
112712	CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	45233	XYLOCAINA C/AD 2% FRAP 20 ML	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	2			
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1			
50997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	100			
31771	ETER FRAS 1000 ML	50			
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2			
31984	FIO J&J Mononylon (1171T) - ETHILON*BLACK3-0 - 1 UD	2	19	TAXA DE SALA	Início: 17:00 Fim: 18:00
181606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4- ENV 1 UD	2	4	TREPANO	Início: 17:00 Fim: 18:00
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	1	20	OXIGENIO	Início: 17:00 Fim: 18:00
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	6	15	BISTURI ELÉTRICO	Início: 17:00 Fim: 18:00
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5	22	OXIMETRO DE PULSO	Início: 17:00 Fim: 18:00
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1	25	STIMUPLEX	Início: 17:00 Fim: 18:00
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
30635	LUA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	2			
30660	LUA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	3			
30678	LUA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	3			
30724	MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	80			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/IRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	150			
97209	PARAFUSO CORTICAIS ATE 3,5MM - 1 UD	3			
27383	PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM - 1 UD	3			
130923	PLACA DESCARTAVEL P/BISTURI ADULTO - 1 UD	1			
27650	PLACA EM T/PUMERO 3.5MM C/PARAFUSOS - 1 UD	1			
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1			
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

08/08/2018 09:23:11

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3620328	JOSE WILTON SOUSA	M	26/10/1972	45
RG	CPF	Categoria Profissional	Estado Civil	
91007019339 SSP CE	73295590320		6-OUTROS	
Endereço				
AV MAJOR ASSIS,2820 - QUINTINO CUNHA, FORTALEZA(CE) CEP 6050000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
84046975				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
22 HAPVIDA MATRIZ			
Carteira	Validade		
57756000846000015			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
09/06/2018	15:26		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2052580 EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - MARLENE ARAUJO FERREIRA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/08/2018 09:19

Paciente: JOSE WILTON SOUSA Dt. Nasc.: 26/10/1972 Atendimento: 51390141 Prontoário: 3620328
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133223/2

Profissional(is): EDUARDO VASCONCELOS DE FREITAS CRM 13993 [1] Nº: 24065222 09/06/2018 às 15:31

ANAMNESE

Queixa Principal QUEDA SOBRE O PUNHO DIREITO

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

CID10 M255 DOR ARTICULAR

Alergias Não

Medicação Em Uso Não

Antecedentes Patológicos Familiar Não

EXAME FÍSICO

Aspecto Geral QUEDA SOBRE O PUNHO DIREITO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais? Sim

DIAGNÓSTICO

CID10 M255 DOR ARTICULAR

CID10 M255 DOR ARTICULAR

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO

Alta Após Medicação E Cuidados Alta após cuidados e/ou medicação

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal do Estado do Ceará, liberado em 31/07/2019 às 17:30. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157864-95.2019.8.06.0001 e código 4DD7970.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

08/08/2018 09:20

Paciente: JOSE WILTON SOUSA	Dt. Nasc.: 26/10/1972	Atendimento: 51390141	Prontuário: 3620328
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133223/2	
Profissional(Is): PAMELA ISABOR PEREIRA RAMALHO COREN 22288 [1]	Nº: 24067657	09/06/2018	às 16:45

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 16:45, EM 09/06/2018 RESP. PAMELA ISABOR PEREIRA RAMALHO, COREN/CE 22288.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Dt. Nasc.: 26/10/1972

Atendimento:

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

PREN 22288 [1]

Nº: 24067657

CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 16:45, EM 09/06/2018 RESP. PAMELA ISABOR PEREIRA RAMALHO, COREN/CE 22288.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Dt. Nasc.: 26/10/1972

Atendimento:

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

PREN 22288 [1]

Nº: 24067657

CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 16:45, EM 09/06/2018 RESP. PAMELA ISABOR PEREIRA RAMALHO, COREN/CE 22288.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Dt. Nasc.: 26/10/1972

Atendimento:

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI

PREN 22288 [1]

Nº: 24067657

CALHA OU TALA MEMBRO SUPERIOR 1 REALIZADO AS 16:45, EM 09/06/2018 RESP. PAMELA ISABOR PEREIRA RAMALHO, COREN/CE 22288.

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, liberado nos autos em 31/07/2019 às 17:30. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157864-95.2019.8.06.0001 e código 4DD7970.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 2

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/07/2018 10:40

Paciente: JOSE WILTON SOUSA**Dt. Nasc.:** 26/10/1972**Atendimento:** 51780865**Prontuário:** 3620328**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/16**Profissional(is):** TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA CRM 14108 [1]**Nº:** 24759789 **27/06/2018****às** 13:20**ANAMNESE****Queixa Principal**

POS OP FX DE RADIO DSITAL

Queixa Principal**Diagnóstico Inicial**99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>**CID10**

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

EXAME FÍSICO**Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?**

Sim

DIAGNÓSTICO**CID10**

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

CID10

S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE**PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO****Alta Após Medicação E Cuidados**

Alta após cuidados e/ou medicação

CONFERE CI/PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e TACITO YURI MELO RAMOS DE LIMA em 30/07/2018 às 17:30. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tju.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157864-95.2019.8.06.0001 e código 4007970.

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 2

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

10/07/2018 10:39

Paciente: JOSE WILTON SOUSA**Dt. Nasc.:** 26/10/1972**Atendimento:** 51780865**Prontuário:** 3620828**Convênio:** HAPVIDA MATRIZ**Posto:** POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI **Leito:** 133227/16**Profissional(is):** LUCIANA CASCAO LIMA CRM 12358 [1]**Nº:** 24759305 **27/06/2018** às **13:00****ANAMNESE****Queixa Principal**

POS OP DR TIAGO

RX

Queixa Principal**Diagnóstico Inicial**99 <CID10 NÃO
AGRUPADOS>**CID10**

Z988 OUTR ESTADOS POS-CIRURGICOS ESPEC

Alergias

Não

Medicação Em Uso

Não

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

EXAME FÍSICO**Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?**

Sim

DIAGNÓSTICO**CID10**

Z988 OUTR ESTADOS POS-CIRURGICOS ESPEC

CID10

Z988 OUTR ESTADOS POS-CIRURGICOS ESPEC

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI PRONTUÁRIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo em 30/07/2019 às 17:30. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157864-95.2018.8.06.0001 e código 40127970.

Declaro para os devidos fins que
Josi Wilton Souza comprou a
Quarenta e nove extensômetros fisioterapêuticos
por fr de punho direito, tendo início
dia 16.07.2018 a 27.11.2018
com pequenos de extensão e flexão de punho.


Dra. Lisleia Cardoso
Fisioterapeuta
CREFITO - 176.701 - F

Traumatologia
Ortopedia
Fisioterapia
Oftamologia

Fortaleza, 27 de Novembro de 2018

ORTHOS CLÍNICA

Av. Mozart Pinheiro de Lucena, 1762- Conj. Beira Rio
Fone: (85) 3282.3885 ou 98677.3718. Fortaleza- Ce



Declaro que Sr. Wilton Sousa
compareceu a vinte e cinco
atendimentos fisioterápicos para
P.O. fratura punho "D" no período
de 16/07/18 a 23/08/18.

Dra. Lisleia Cardoso
Fisioterapeuta
CREFITO - 176.701 - F

Traumatologia
Ortopedia
Fisioterapia
Oftamologia

Fortaleza, 23 de agosto de 2018.

ORTHOS CLÍNICA

Av. Mozart Pinheiro de Lucena, 1762 - Conj. Belra Rio
Fone: (85) 3282.3885 ou 98677.3718. Fortaleza- Ce



ANTONIO PRUDENTE

fls. 27

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que
José Milton Sousa relata ter
sofrido acidente de moto que
ocasionou o trauma no punho
direito.

CID: M25-5

09/06/18

Dr. Eduardo Vasconcelos Freitas
Médico do Trabalho/Ortopedia
Especialista em Ortopedia
CRM-CE 13993

Hospital Antonio Prudente - Av. Aguanambi, 1827, Bairro de Fátima.

✓

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 3180436794 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE WILTON SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO JOSE WILTON SOUSA

CPF/CNPJ: 73295590320

Posição em 29-10-2018 13:27:02

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Fratura do rádio distal
(cirúrgico)

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 3180436794 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE WILTON SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO JOSE WILTON SOUSA

CPF/CNPJ: 73295590320

Posição em 20-05-2019 15:40:30

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/05/2019	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75