

---

**Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200150525**

**Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO**

**Data do Acidente: 04/04/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150525

Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Data do Acidente: 04/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 341

Agência: 000008279

Conta: 0000050481-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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 e 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 626.243.503-49	Nome completo da vítima Francisco Edson Silva de Brito
---------------------------	---------------------------------	---

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

Nome completo Francisco Edson Silva de Brito		CPF titular da conta 626.243.503-49	Profissão Autônomo
Endereço Travessa Boa Esperança		Número 1167	Complemento Casa
Bairro Romãozinho	Cidade Fortaleza	Estado CE	CEP 60.520-802
Email			Telefone (DDD) (85) 3226-1683

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome: <u>BANCO ITAÚ</u> NRO: <u>341</u> AGÊNCIA NRO: <u>8279</u> D/V: <u>50481</u> D/V: <u>8</u> (Informar dígito se existir) (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.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018  
Local e Data



Francisco Edson Silva de Brito  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 e 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 626.243.503-49	Nome completo da vítima Francisco Edson Silva de Brito
---------------------------	---------------------------------	---

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

Nome completo Francisco Edson Silva de Brito		CPF titular da conta 626.243.503-49	Profissão Autônomo
Endereço Travessa Boa Esperança		Número 1167	Complemento Casa
Bairro Romãozinho	Cidade Jatobá	Estado CE	CEP 60.520-802
Email			Telefone (DDD) (85) 3226-1683

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome BANCO ITAÚ NRO. 341	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. D/V 8279 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V 50481 8 (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.

Jatobá, 11 de Abril de 2018  
Local e Data



Francisco Edson Silva de Brito  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 e 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

626.243.503-49

Nome completo da vítima

Francisco Edson Silva de Brito

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

Nome completo Francisco Edson Silva de Brito		CPF titular da conta 626.243.503-49	Profissão Autônomo
Endereço Travessa Boa Esperança		Número 1161	Complemento CASA
Bairro Bom Jesus	Cidade Fortaleza	Estado CE	CEP 60.520-802
Email			Telefone (DDD) 85 3329 7100

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 POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

Nome  
BANCO ITAÚ

NRO

341

AGÊNCIA

NRO  
8279

D/V

CONTA

NRO  
50481

D/V

8

AGÊNCIA

NRO

D/V

CONTA

NRO

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(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.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018

Local e Data

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A



25 MAIO 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

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 e 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

626.243.503-49

Nome completo da vítima

Francisco Edson Silva de Brito

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

Nome completo Francisco Edson Silva de Brito		CPF titular da conta 626.243.503-49	Profissão Autônomo
Endereço Travessa Boa Esperança		Número 1161	Complemento CASA
Bairro Bom Jardim	Cidade Fortaleza	Estado CE	CEP 60.520-802
Email		Telefone (DDD) 85 3879 7800	

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 POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

BANCO ITAÚ

Nº

341

AGÊNCIA

Nº

8279

D/V

CONTA

Nº

50481

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(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.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018

Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

Francisco Edson Silva de Brito

19 OUT. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 e 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

626.243.503-49

Nome completo da vítima

Francisco Edson Silva de Brito

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

Nome completo Francisco Edson Silva de Brito		CPF titular da conta 626.243.503-49	Profissão Autônomo
Endereço Travessa Boa Esperança		Número 1161	Complemento CASA
Bairro Bom Jardim	Cidade Fortaleza	Estado CE	CEP 60.520-802
Email		Telefone (DDD) 85 3879 7800	

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 POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRUNO ITAÚ

Nº

341

AGÊNCIA

Nº

8279

D/V

CONTA

Nº

50481

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(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.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018

Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

Francisco Edson Silva de Brito

19 OUT. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 e 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 626.243.503-49	Nome completo da vítima Francisco Edson Silva de Brito
---------------------------	---------------------------------	---

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

Nome completo Francisco Edson Silva de Brito		CPF titular da conta 626.243.503-49	Profissão Autônomo
Endereço Travessa Boa Esperança		Número 1167	Complemento Casa
Bairro Romãozinho	Cidade Jatobá	Estado CE	CEP 60.520-802
Email			Telefone (DDD) (85) 3226-1683

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos) BANCO Nome BANCO ITAÚ NRO. 341	
AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. D/V 8279 (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. D/V 50481 8 (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.

Jatobá, 11 de Abril de 2018  
Local e Data



Francisco Edson Silva de Brito  
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 DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1626 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **10/04/2018 14:26:12**Data / Hora da Ocorrência: **04/04/2018 18:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONEGO DE CASTRO**

Complemento:

Bairro: **PARQUE SAO JOSE**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **SUPERMERCADO CENTER BOX****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO**Nascimento: **24/10/1981** CPF: **626.243.503-49**RG: **97005008720**Orgão Emissor: **SSP**Filiação: **MARIA GORETI ROCHA DA SILVA****DEUSEDITH MORAES DE BRITO**Endereço: **TRAVESSA BOA ESPERANÇA, 1167**Bairro: **BONSUCESSO**Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL**CEP: **60.520-802**Telefone: **(85) 98923-5722****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: PNF8978 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:****9C2KC1670FR216767 Renavam: 1065467394 Tipo do Veículo:****MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 START Ano Fabricação:****2015 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor:****VERMELHA Proprietário: SILVANIA RODRIGUES FERREIRA Situação:****NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PEDALANDO UMA BICICLETA NA AV. CONEGO DE CASTRO QUANDO UMA MOTO DE PLACA PNF-8978 COLIDIU NA TRASEIRA DA BICICLETA QUE A VITIMA PEDALAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA PELO PILOTO DA MOTO. E NADA MAIS DISSE.////////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Edson Silva de Brito

CPF da Vítima

626.243.503-49

Data do Acidente

04/04/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sontolize, 11 de abril de 2018

Local e Data



X Francisco Edson Silva de Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Francisco Edson Silva de Brito

CPF da Vítima

626.243.503-49

Data do Acidente

04/04/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

85 988 701 298

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Santolze 11 de Abril de 2018  
Local e Data



Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Prefeitura de  
Fortaleza**

HOSPITAL DISTRI

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

# REGISTRO DE A ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE  
**FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO**

DADOS PESSOAIS

CADASTRO

NOME DA  
**MARIA GORETI ROCHA DA SILVA**

ENDEREÇO  
**RUA CARLOS CHAGAS 130 BONSUCESSO**

CONTATO

DATA DO  
**24/10/1981(36 ANOS)**

Nº DO  
PRONTUÁRIO  
**204454**

Nº DO BL  
**207637**
SEXO  
**M**
RAÇA/COR  
**PARDO**
NOME RESPONSÁVEL  
**NI**

CITY  
**FORTALEZA**

UF  
**CE**

CEP  
**60.541-704**

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ACÓSTO - FRENTE

OCORRÊNCIA

DIAGNÓSTICO  
**TRAUMA EM REGIÃO DO QUIL  
ATROPELAMENTO (SIC)**

ORIL DIREITO E BRAÇO DIREITO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

OR

MOTIVO  
**AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA**

SINTOMAS  
**NI**

ESCALA DE DOR  
**5 (ADULTO)**

PESO  
**NI KG**

PRESSÃO ARTERIAL  
**NI/NI**

TEMPERATURA  
**NI °C**

RESPIRATÓRIO  
**NEGA**

CLASSIFICAÇÃO  
**AMARELO**

SINAIS VITAIS

SAT O<sub>2</sub>

**NI%**

PULSO

**NI**

GLUCOSE

**NI**

REVISÃO PELA CLASSIFICAÇÃO  
**MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA**

DATA E HORA DA CLASSE  
**04/04/2018  
20:48:14**

ÁREA DE ATRIBUIÇÃO  
**TRAUMATOLOGIA**

ÁREA DE ATRIBUIÇÃO

ANÁLISE

ATRIBUIÇÃO MÉDICA

*Fatura do cotovelo*

**CÓPIA**

CLASSIFICAÇÃO

SIST. ELABORADO

( ) HC ( ) SU ( ) US

DOMINIAL

( ) TO CRANIO

RAÇA

303070227

( ) OUTROS

MÉDICAMENTO

ESCRITURA MÉDICA

APAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*R. cotovelo D. AP 7 P.*

*R. cotovelo esquerda AP 7 P.*

*to de longe*

*Presença de*

*Dr. Glaucio Roberto Barreto  
Traumatologia  
CREMEC 8258 - RGT 1180*

ALTA/BAIXA

PO DE ALTA/BAIXA

( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA

DESTINO DO CORPO: ( ) FAMILIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

OBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORA

DATA E HORA DO ATRIBUIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por maria helenita moreira da rocha em 04/04/2018 às 20:48:18  
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 Penal.

HOSPITAL DISTRITAL M<sup>o</sup> JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

*Emanuelle Monteiro*  
Mat. 763

*Dr. Glaucio Roberto Barreto  
Traumatologia  
CREMEC 8258 - RGT 1180*  
FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 17 ABR 2018  
Nome: \_\_\_\_\_



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08279

CONTA: 000000050481-8

---

Autenticação:

A389FF3295A52D6769625144016615C5EAC1257690BF76E9229BA168B7AE8FF8

821711-4  
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07043251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 518720823  
**Rota** 17 01240 33 104600 - 4 **Data de Emissão** 24/03/2018  
**Nome** FRANCISCA ROCHA DA SILVA  
**End. Postal** TR BOA ESPERANÇA 01167  
BONSUCESSO - FORTALEZA - 60520802  
**Medidor** 2559325 **Posto** 0776 V21W  
**Classe** 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO  
**RG / CPF / CNPJ** 260947383-49 **CGF**  
**Nome do Responsável**

DATAS			ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO					
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.					
Mar/2018	24/03/2018	24/04/2018	Conjunto					
ICMS			Mês					
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual		
137,63	27,00%	37,16	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	4,95	3,91	19,82	0,00	0,00
1778.1800.7566.6887.2659.0004.6459.5725			FIC	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			DMIC	2,77		0,00		

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Inst.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 11658	11454	1,00	204	0,06		0,4361	89,09
						0,4361	26,32
						0,4361	13,76
24-03-18	23-02-18		29 DIAS				96,57
VALOR CONSUMO DO MES							98,57
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079							10,55
MULTA MORATORIA REF 12/2017							1,92
CORRECAO MONETARIA DO MES							0,08
JUROS DO MES							1,10
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL							10,97
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA							1,73
COB. CREFAZ 0800 052 5051 10/12							96,29

04/04/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	221,21											
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	33,57	166	204	185	213	187	217	183	196	168	157	176	187
Transmissão	24,00												
Distribuição	24,00												
Encargos Setoriais	1,00												
Tributos (PIS, COFINS)	43,24												
TOTAL	110,85												

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) 88,17 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00  
Consciência Ecológica (%) 0

**RECOMENDAMOS IMPORTANTES AVISOS DE ENGENHARIA**

**CONTAS EM ATRASO**

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil e em atraso. Segue o detalhamento do faturamento da dívida. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após o envio desta, conforme previsto na Lei ANEEL 414/18, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 0,00 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,75% e COFINS:3,54%.

Fere o mês de março-18 e portanto será verde, sem custo para os consumidores. Mais informações em [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Debitos Anteriores	Mes/ano	Valor R\$
	03/2018	200,55
<b>Total</b>		<b>200,55</b>

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 17 ABR 2018  
Nome: \_\_\_\_\_

Nº do Cliente: 821/11-4  
Data de Emissão: 24/03/2018  
Nº da Nota Fiscal: 518720823  
Referência: 221,21  
Total a Pagar (R\$): 0000821711 00523 39692 66  
Nº de Controle: 82860000002-6 21210031000-8 00008217110-6 05233969207-6



821711-4

Para obter seu atendimento, utilize o número sempre que entrar em contato conosco

lei 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 07041291/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

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

518720823

Rota 17 01240 33 104600 - 4 Data de Emissão 24/03/2018  
Nome FRANCISCA ROCHA DA SILVA  
End. Postal TR BOA ESPERANÇA 01167  
BONSUCESSO - FORTALEZA - 60520802  
Medidor 2559325 Poste 0776 V21W  
Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX RENDA MONOFÁSICO  
RG/CPF/CNPJ 260947383-49 CGF  
Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência Mar/2018  
Data de Apresentação 24/03/2018  
Próxima Leitura 24/04/2018

## ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Conjunta	99,99	Individual	99,99	Individual	99,99
Mês	Jan/2018	Mês	Jan/2018	Mês	Jan/2018
	99,99		99,99		99,99
	99,99		99,99		99,99

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) 127,63  
Alíquota 07,00%  
Valor do Imposto 8,94

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1778.1800.7566.0007.2018.0004.5479.5122

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Cons. @ Consumo (kWh)	Cons. Int. @ Consumo (kWh)	Cons. Ext. @ Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 11650	11454	1,96	284	0,00	74	21,12
					104	29,76
						30,88

## DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	98,57
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,55
MULTA MORATORIA REF 12/2017	1,92
CORREÇÃO MONETÁRIA DO MÊS	0,08
JUNOS DO MÊS	1,10
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	10,97
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,73
COB. CREFAZ 0800 052 5051 10/12	96,29

04/04/2018	TOTAL PAGAR (R\$)
	221,21

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	VALOR (R\$)
Previsão	21,12
Permissão	21,12
Distribuição	21,12
Encargos Especiais	21,12
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	21,12
TOTAL	116,50

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	Consumo (kWh)
156	204
185	213
213	287
287	217
217	183
183	196
196	170
170	168
168	157
157	176
176	187

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compreenda suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) 83,17  
Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00  
Consciência Ecológica (NCO)

## RECOMENDAMOS AOS Nossos Clientes a adoção de medidas para a redução de consumo de energia elétrica

## CONTAS EM ATRASO

CONTAS EM ATRASO	DEBITOS ANTERIORES
Valor Total	200,00
Valor Total	200,00

Conta desta fatura R\$ 5,00 referente a PIS e COFINS (sobre o PIS de 1,73 e COFINS de 3,27).  
Total: R\$ 5,00. Valor Total: R\$ 205,00.

Para o mês de março/18 e também para o mês de abril/18, sem custo para os consumidores. Mais informações em www.enel.gov.br

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 17 ABR 2018

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

Nº do Cliente 821711-4  
Data de Emissão 24/03/2018  
Nº da Nota Fiscal 518720823  
Referência Mar/2018  
Total a Pagar (R\$) 221,21  
Nº de Controle 0000821711 00523 39692 66  
824600000002-6 21210031000-8 00008217110-6 05233969207-6





REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

## 3 ADOS PESSOAS

Nome: \_\_\_\_\_



## FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará

Telefone (85) 3131-7322

## ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD : \_\_\_\_\_

Atesto que o (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_

PATO

FERNANDO EDUARDO SILVA DE

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 15/04/18 às \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ hs.

Tendo como causa de socorro

anormal

lesão do cotovelo direito (aberto)

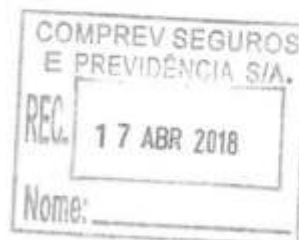
Necessita de ( - 15 - ) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S52.0

Observações: \_\_\_\_\_

Fortaleza - Ce, 04 de 04 de 2018Dr. Glaucio Roberto Barreto  
Traumatologia  
CREMEC 8250 - TEOT 11057

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.







# ORTOCLINIC

\* Ortopedia \* Traumatologia  
\* Fisioterapia

Convênios  
\* SUS  
\* Unimed  
\* Hap Vida  
\* Ipec  
\* IPM

Para: Francisco Edson Silva de Brito

Declaro para os devidos fins que o paciente acima citado encontra-se em tratamento fisioterápico, com diagnóstico de fratura de cotovelo direito. Apresenta algia em cotovelo e extensão do braço, dificuldade de força e diminuição de ADM. necessita portanto da continuidade do tratamento para melhora do quadro e retorno das atividades laborais.

23/05/18.

Adriana Gonçalves de Pinho  
Fisioterapeuta  
CREFITO 252754-F  
CPF 47753145304

Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernandes  
Fortaleza - CE - Tel.: (85) 3292-0153 / 3232-3222

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018



## RECEITA

FRANCISCO EDSON SILVA DE SAATO

AUGUSTO NUNES

? LAZARUS VITINA TRAMA COTOUGO

①, APRESENTANDO FRATURA CAPOTA

RADIO, NO DIA 04/04/18, O MESMO

REFORMA HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO,

SUBMETIDO AO TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO

GIPSADA, QUOTIDIANO COM FRATURA CONSOLIDADA

E NO MOMENTO EVOLUINDO DE ACORDO COM A

TRATAMENTO E APTO À RETORNAÇÃO AS

DATA: ATUALIZADO 14/06/18

04/06/18

CRM-MÉDICO(A)

Dr. Antonio Luiz V. de Sá  
Ortopedia - Traumatologia  
Cirurgia de Mão  
CRM 12.404/18

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br



**Prefeitura de  
Fortaleza**

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRI TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

# REGISTRO DE A ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE  
**FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO**  
CADERNUS  
NOME DA  
**MARIA GORETI ROCHA DA SILVA**  
ENDEREÇO  
**RUA CARLOS CHAGAS 130 BONSUCESSO**  
CIDADE

DADOS PESSOAIS  
Nº DO PRONTUÁRIO  
**204454**  
Nº DO SE  
**207637**  
SEXO  
**M**  
RACIA  
**PARDO**  
NOME RESPONSÁVEL  
**NI**  
CITY  
**FORTALEZA**  
UF  
**CE**  
DEP  
**60.541-704**

LOCAL DE OCORRÊNCIA TRANSPORTADO DO - EXTER

OCORRÊNCIA

DIAGNÓSTICO  
**TRAUMA EM REGIÃO DO QI ATROPELAMENTO (SIC)**  
SINTOMAS  
**NI**

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

OR

DIAGNÓSTICO  
**AValiação TRAUMATOLÓGICA**

ESCALA DE DOR  
**5 (ADULTO)**

PESSO  
**NI KG**  
TEMPERATURA  
**NI °C**

PRESSÃO ARTERIAL  
**NI/NI**  
ACIDIDADE  
**NEGA**

SINAIS VITAIS

SAT DE

**NI%**

PULSO

**NI**

RESPIRAÇÃO

**NI**

CLASSIFICAÇÃO  
**AMARELO**

RE CONSELHO PELA CLASSIFICAÇÃO  
**MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA**

DATA DE REGISTRO  
**04/04/2018**  
HORA  
**20:48:14**

ÁREA DE ATRIBUIÇÃO  
**TRAUMATOLOGIA**

ÁREA ATRIBUIÇÃO

ARMARÉM

A ENDIMENTO MÉDICO

*Fratura do cotovelo D*

SIMÉTRICO

SIMÉTRICO

( ) HC ( ) SU ( ) US ( ) DOMICILIAL ( ) TO CRANIO

( ) TO CRANIO

( ) TO CRANIO

FOR NECESSÁRIO

DO

( ) TO CRANIO

( ) TO CRANIO

( ) OUTROS

MEDICAMENTO

RESCRIÇÃO MÉDICA

APAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*R. COTOVELLO D AP 7 P*

*R. COTOVELLO D AP 7 P*

*rel. longe*

*Prescrita em*

*Dr. Glauco Roberto Barreto  
Traumatologia  
CREMEC 8298 - JEC 1165*

ALTA MÉDICA

( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFÊR  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMILIA ( ) INL ( ) ANAT. PATOL

PO DE ATENDIMENTO

ENCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS

CARIMBO ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por Maria Helenita Moreira da Rocha em 04/04/2018 às 20:48:18

Penal

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.

HOSPITAL DISTRITAL M<sup>TE</sup> JOSE BARROSO DE OLIVEIRA  
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

*Emmanuelle Montalvo*  
Mat. 763

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

*Dr. Glauco Roberto Barreto*  
Traumatologia  
CREMEC 8298 - JEC 1165

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 17 ABR 2018

Nome:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

CONDUTA:

1 - ALTA:

☐

DECISÃO MÉDICA

☐

A PEDIDO

☐

A REVELIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

REMOVIDO PARA:

GUIA Nº

DATA E HORA DA ALTA: 11 / 1 / 1

HORA: 1 : 1 : 1

2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h)

☐

DATA E HORA DA ALTA: 11 / 1 / 1

HORA: 1 : 1 : 1

3 - INTERNAÇÃO

☐

Nº PRONTUÁRIO:

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO:

11 / 1 / 1

HORA: 1 : 1 : 1

4 - PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO

☐

NÃO

☐

SIM

DATA ÓBITO: 11 / 1 / 1

HORA ÓBITO: 1 : 1 : 1

DESTINO DO CORPO: 1

☐

ENTREGUE A FAMÍLIA

2

☐

INEL

3

☐

ANATOMIA PATOLÓGICA

4

☐

SVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

HOSPITAL DISTRITAL MATEUS BARROSO DE OLIVEIRA

ATENDIMENTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emmanuel Mendonça

Méd. TC3

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC.

17 ABR 2018

Nome:

FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1127 - Parangaba - CEP 60.720 - 000 Fortaleza - Ceará

Telefone (85) 3131-7322

**ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO**

Boletim de Emergência - CAD : \_\_\_\_\_

Atesto que o (a) Sr. (a) Francisco Edson Alves de Brito

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 04/04/18 às \_\_\_\_\_ hs.

Tendo como causa de socorro lesão do cotovelo direito (abuso sexual)

Necessita de ( - 15 - ) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S52.0

Observações: \_\_\_\_\_

Fortaleza - Ce, 04 de 04 de 2018

Dr. Glauco Roberto Barreto

Traumatologia

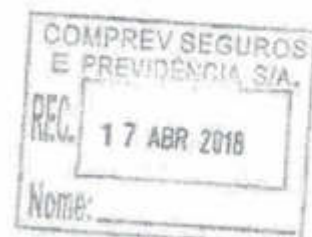
CREMEC 8250 - TEOT 11857

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N° 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificatí-va de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.

Investprev Seguradora S/A.

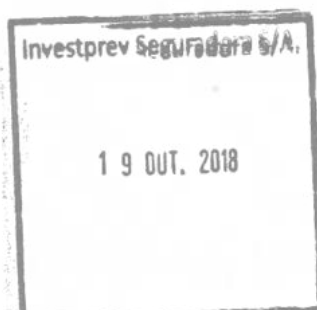
19 OUT. 2018



A Seguradora Líder

Vem por meio desta, solicitar o cadastramento do meu processo do Seguro Privat, pois não estou de acordo com a negativa do sinistro de nº 3180/283178 pois tal negativa se deu sem sequer passar por uma perícia médica, tendo em vista que a documentação médica não descreve o grau de sequelas que fiquei em decorrência deste acidente. Sendo assim solicito que seja agendada minha perícia médica para que não haja necessidade de acionar os órgãos competentes, para fiscalizarem tais irregularidades.

Fortaleza, 26 de setembro de 2018



fu Edson Silva DE Brito

**Dados da reclamação**

Protocolo: 2228781/2018  
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S.A.

Via: Internet  
Data: 20/06/2018

**Dados do reclamante**

Segurado: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF/CNPJ: 626.243.503-49  
UF: CEARÁ

**Dados de contato**

E-mail: iraneidebs.adv@hotmail.com  
Telefone: (85) 98870-1298  
Endereço: TRAVESSA BOA ESPERANÇA, 1167  
CEP: 60.520-802

Celular: (85) 98685-3187  
Bairro: BONSUCESSO  
Cidade: Fortaleza

**Dados da denúncia**

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição dos fatos: VENHO POR MEIO DESTA FAZER MINHA RECLAMAÇÃO PARA COM A LÍDER SEGUROS, A MESMA NEGOU MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEM ANTES ME DAR O DIREITO A UMA PERÍCIA MÉDICA, TENDO EM VISTA QUE ME ENCONTRO COM SEQUELAS DEFINITIVAS DO MEU ACIDENTE DE TRÂNSITO SOFRIDO DIA 04/04/2018. PRECISO QUE UM MÉDICO PERITO ME AVALIE PARA UM PARECER FINAL, PARA QUE EU NÃO TENHA QUE IR ATRÁS DOS MEUS DIREITOS JUDICIALMENTE. PRECISO DE UMA ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL PARA COMPROVAR OS FATOS QUE APRESENTO.

O SAC da empresa Sim  
foi acionado?

**Documentos**

Tipo	Número

**Encaminhamentos****Atendente****Data**

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

**Dados da reclamação**

Protocolo: 2226596/2018  
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S.A.

Via: Internet  
Data: 25/05/2018

**Dados do reclamante**

Segurado: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF/CNPJ: 626.243.503-49  
UF: CEARÁ

**Dados de contato**

E-mail: iraneide15@hotmail.com  
Telefone: (85) 98870-1298  
Endereço: TR BOA ESPERANÇA, 1167  
CEP: 60.520-802

Celular: (85) 98685-3187  
Bairro: 60520802  
Cidade: Fortaleza

**Dados da denúncia**

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição dos fatos: VENHO POR MEIO DESTA FAZER MINHA RECLAMAÇÃO PARA COM A LÍDER SEGUROS, A MESMA NEGOU MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEM ANTES ME DAR O DIREITO A UMA PERÍCIA MÉDICA, TENDO EM VISTA QUE ME ENCONTRO COM SEQUELAS DEFINITIVAS DO MEU ACIDENTE DE TRÂNSITO SOFRIDO DIA 04/04/2018. PRECISO QUE UM MÉDICO PERITO ME AVALIE PARA UM PARECER FINAL, PARA QUE EU NÃO TENHA QUE IR ATRÁS DOS MEUS DIREITOS JUDICIALMENTE. PRECISO DE UMA ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL PARA COMPROVAR OS FATOS QUE APRESENTO.

O SAC da empresa Sim  
foi acionado?

**Documentos**

Tipo	Número
------	--------

**Encaminhamentos**

Atendente

Data

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135801/18  
Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF: 626.243.503-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/04/2018  
Titular do CPF: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

#### 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.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/04/2018  
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF/CNPJ: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2018  
Nome: PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA  
CPF: 047.882.963-90

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

**Dados da reclamação**

Protocolo: 2226596/2018  
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S.A.

Via: Internet  
Data: 25/05/2018

**Dados do reclamante**

Segurado: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF/CNPJ: 626.243.503-49  
UF: CEARÁ

**Dados de contato**

E-mail: iraneide15@hotmail.com  
Telefone: (85) 98870-1298  
Endereço: TR BOA ESPERANÇA, 1167  
CEP: 60.520-802

Celular: (85) 98685-3187  
Bairro: 60520802  
Cidade: Fortaleza

**Dados da denúncia**

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição dos fatos: VENHO POR MEIO DESTA FAZER MINHA RECLAMAÇÃO PARA COM A LÍDER SEGUROS, A MESMA NEGOU MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEM ANTES ME DAR O DIREITO A UMA PERÍCIA MÉDICA, TENDO EM VISTA QUE ME ENCONTRO COM SEQUELAS DEFINITIVAS DO MEU ACIDENTE DE TRÂNSITO SOFRIDO DIA 04/04/2018. PRECISO QUE UM MÉDICO PERITO ME AVALIE PARA UM PARECER FINAL, PARA QUE EU NÃO TENHA QUE IR ATRÁS DOS MEUS DIREITOS JUDICIALMENTE. PRECISO DE UMA ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL PARA COMPROVAR OS FATOS QUE APRESENTO.

O SAC da empresa Sim  
foi acionado?

**Documentos**

Tipo	Número
------	--------

**Encaminhamentos**

Atendente

Data

INVESTPREV  
SEGURADORA S/A

22 JUN. 2018

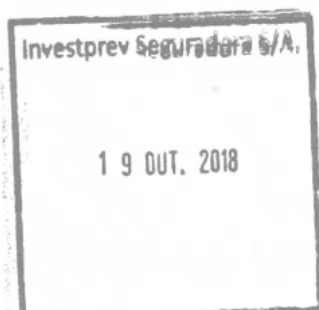
SUSEP :: CGTI

ENTRADA

A Seguradora Líder

Vem por meio desta, solicitar o cadastramento do meu processo do Seguro Privat, pois não estou de acordo com a negativa do sinistro de nº 3180/283178 pois tal negativa se deu sem sequer passar por uma perícia médica, tendo em vista que a documentação médica não descreve o grau de sequelas que fiquei em decorrência deste acidente. Sendo assim solicito que seja agendada minha perícia médica para que não haja necessidade de acionar os órgãos competentes, para fiscalizarem tais irregularidades.

Fortaleza, 26 de setembro de 2018



fu Edson Silva DE Brito

**Dados da reclamação**

Protocolo: 2228781/2018  
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S.A.

Via: Internet  
Data: 20/06/2018

**Dados do reclamante**

Segurado: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF/CNPJ: 626.243.503-49  
UF: CEARÁ

**Dados de contato**

E-mail: iraneidebs.adv@hotmail.com  
Telefone: (85) 98870-1298  
Endereço: TRAVESSA BOA ESPERANÇA, 1167  
CEP: 60.520-802

Celular: (85) 98685-3187  
Bairro: BONSUCESSO  
Cidade: Fortaleza

**Dados da denúncia**

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição dos fatos: VENHO POR MEIO DESTA FAZER MINHA RECLAMAÇÃO PARA COM A LÍDER SEGUROS, A MESMA NEGOU MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEM ANTES ME DAR O DIREITO A UMA PERÍCIA MÉDICA, TENDO EM VISTA QUE ME ENCONTRO COM SEQUELAS DEFINITIVAS DO MEU ACIDENTE DE TRÂNSITO SOFRIDO DIA 04/04/2018. PRECISO QUE UM MÉDICO PERITO ME AVALIE PARA UM PARECER FINAL, PARA QUE EU NÃO TENHA QUE IR ATRÁS DOS MEUS DIREITOS JUDICIALMENTE. PRECISO DE UMA ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL PARA COMPROVAR OS FATOS QUE APRESENTO.

O SAC da empresa Sim  
foi acionado?

**Documentos**

Tipo	Número

**Encaminhamentos****Atendente****Data**

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

**Dados da reclamação**

Protocolo: 2226596/2018  
Reclamada: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT S.A.

Via: Internet  
Data: 25/05/2018

**Dados do reclamante**

Segurado: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF/CNPJ: 626.243.503-49  
UF: CEARÁ

**Dados de contato**

E-mail: iraneide15@hotmail.com  
Telefone: (85) 98870-1298  
Endereço: TR BOA ESPERANÇA, 1167  
CEP: 60.520-802

Celular: (85) 98685-3187  
Bairro: 60520802  
Cidade: Fortaleza

**Dados da denúncia**

Assunto: Seguro (inclusive VGBL)/DPVAT/Invalidez/Negativa de indenização

Descrição dos fatos: VENHO POR MEIO DESTA FAZER MINHA RECLAMAÇÃO PARA COM A LÍDER SEGUROS, A MESMA NEGOU MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEM ANTES ME DAR O DIREITO A UMA PERÍCIA MÉDICA, TENDO EM VISTA QUE ME ENCONTRO COM SEQUELAS DEFINITIVAS DO MEU ACIDENTE DE TRÂNSITO SOFRIDO DIA 04/04/2018. PRECISO QUE UM MÉDICO PERITO ME AVALIE PARA UM PARECER FINAL, PARA QUE EU NÃO TENHA QUE IR ATRÁS DOS MEUS DIREITOS JUDICIALMENTE. PRECISO DE UMA ANÁLISE MÉDICA PRESENCIAL PARA COMPROVAR OS FATOS QUE APRESENTO.

O SAC da empresa Sim  
foi acionado?

**Documentos**

Tipo	Número
------	--------

**Encaminhamentos**

Atendente

Data

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200150525 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO **Data do acidente:** 04/04/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO COTOVELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR P.2,3.  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO COTOVELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO COTOVELO DIREITO.

**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 cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383209/18

**Vítima:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**CPF:** 626.243.503-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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: 19/10/2018  
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438182/19

**Vítima:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**CPF:** 626.243.503-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49**

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](http://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: 06/12/2019  
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117142/20

**Vítima:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**CPF:** 626.243.503-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49**

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](http://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: 17/04/2020  
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438182/19

**Vítima:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**CPF:** 626.243.503-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49**

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](http://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: 06/12/2019  
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019  
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA  
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117142/20

**Vítima:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**CPF:** 626.243.503-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/04/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

**Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49**

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](http://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: 17/04/2020  
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO  
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/04/2020  
Nome: LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA  
CPF: 657.763.053-49

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA