

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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%

Gradu

% Invalidez Permanente

R\$ 0.00

R\$ 0,00

R\$ 843,75

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

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Franckes Edson Silveira de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Edson Silveira de Brito	626.243.503-49	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Travessa Boa Esperança	1161	casa
Bairro	Cidade	Estado
Bonfim	Fontaliza	CE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	60.520-802	(55) 3226-1683

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input 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"/> CONTA POUPANÇA (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)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome	NRO.		
<input type="checkbox"/> BANCO ITAÚ	341		
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
<input type="checkbox"/> 8279	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 50481	<input type="checkbox"/> 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 Lider 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.

Fontaliza, 11 de Abril de 2018
Local e Data



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

Franckes Edson Silve de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Edson Silve de Brito	626.243.503-49	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Travessa Boa Esperança	1161	casa
Bairro	Cidade	Estado
Bonfim	Fontaliza	CE
Email	CEP	Telefone (DDD)
	60.520-802	(55) 3226-1683

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input 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"/> CONTA POUPANÇA (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)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome	NRO.		
<input type="checkbox"/> BANCO ITAÚ	341		
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
<input type="checkbox"/> 8279	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 50481	<input type="checkbox"/> 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 Lider 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.

Fontaliza, 11 de Abril de 2018

Local e Data



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

Francinez Edson Silva de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Francinez Edson Silva de Brito</i>	CPF titular da conta <i>626.243.503-49</i>	Profissão <i>Autônomo</i>
Endereço <i>Trajano Boa Esperança</i>	Número <i>1161</i>	Complemento <i>casa</i>
Bairro <i>Rombeleiro</i>	Cidade <i>Fortaleza</i>	Estado <i>CE</i>
Email <i></i>	CEP <i>60.520-802</i>	Telefone (DDD) <i>85 327974800</i>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input 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

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

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

AGENCIA

NRO.

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

 NRO. *341*

AGENCIA

NRO.

8279

D/V

CONTA

NRO.

50481

D/V

(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 Lider 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 1 - Assinatura do Beneficiário



Nome:

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ENTRADA

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Franckine Edvyn Sílvia de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Franckine Edvyn Sílvia de Brito	CPF titular da conta	626.243.503-49	Profissão	Artesanal
Endereço	Travessa Boa Esperança	Número	1161	Complemento	casa
Bairro	Bonfim	Cidade	Fortaleza	Estado	CE
Email		CEP	60.520-802	Telefone (DDD)	85 32797700

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO 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 |

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

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

AGÊNCIA

N.R.

D/V

CONTA

N.R.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRASCO ITAÚ

N.R.

341

AGÊNCIA

N.R.

D/V

CONTA

N.R.

D/V

8279

50421

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 Lider 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.

Investprev Seguradora S/A.

X Pedro Sílvia de Brito
19 OUT. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

Franckine Edvyn Sílvia de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Franckine Edvyn Sílvia de Brito	CPF titular da conta	626.243.503-49	Profissão	Artesanal
Endereço	Travessa Boa Esperança	Número	1161	Complemento	casa
Bairro	Bonfim	Cidade	Fortaleza	Estado	CE
Email		CEP	60.520-802	Telefone (DDD)	85 32797700

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO 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 |

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

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

AGÊNCIA

N.R.

D/V

CONTA

N.R.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

BRASCO ITAÚ 341

AGÊNCIA

N.R.

D/V

CONTA

N.R.

D/V

8279

(Informar dígito se existir)

50421

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Investprev Seguradora S/A.

X Pedro Sílvia de Brito
19 OUT. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Local e Data



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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 ASI

CPF da Vítima

626.243.503-49

Nome completo da vítima

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Thierry Edson Silva de Brito</i>	CPF titular da conta <i>626.243.503-49</i>	Profissão <i>autônomo</i>
Endereço <i>Rua Vila Boa Esperança</i>	Número <i>1163</i>	Complemento <i>corte</i>
Bairro <i>Bom Jardim</i>	Cidade <i>Goiânia</i>	Estado <i>CE</i>
Email <i>thierry.silva@outlook.com.br</i>	Telefone (DDD) <i>(62) 3271-1622</i>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input 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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO ITAU 341	
AGÊNCIA NRO. _____	D/V _____	CONTA NRO. _____	D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. _____	D/V _____	CONTA NRO. _____	D/V _____
8279		50481 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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santana, 11 de Maio de 2018
Local e Data

A rectangular stamp with rounded corners. The text 'COMPREV SEGUROS' is at the top, followed by 'E PREVIDÊNCIA S/A.' on the right. Below this, the word 'REC.' is on the left and '17 ABR 2018' is in the center. At the bottom left, there is a handwritten label 'Nome:'.

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

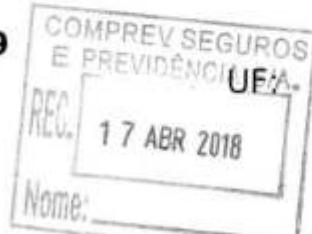
DEUSDEDITH MORAES DE BRITO

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, COMARECE 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:

Francisco Delânia Campelo Almeida

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Enoneiro Edson Silveira 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.

Jonatângel . 11 de abril

Local e Data

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 17 ABR 2018

Nome:

Xlio Enoneiro Silveira 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

Franckisco Edson Silveira de Britto

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 988701298

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 atende 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.

Investprev Seguradora S/A.

X-Léo Edson Silveira Britto
19 OUT. 2018 - Assinatura do Beneficiário
DATA 001 V001/2017

Local e Data

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC.

17 ABR 2018

Nome:

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 ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE:
FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

DADOS PESSOAIS

Nº DO
PROVIMENTO
204454

Nº DO BE
207637

CEP/UF:

NOME MAE:
MARIA GORETI ROCHA DA SILVA

DATA DE Nascimento
24/10/1981(36 ANOS)

SEXO

M RACIOCOR
PARDO

ENDERECO:
RUA CARLOS CHAGAS 130 BONSUCESSO

ENDEREÇO:
NIL

CEP
50.541-704

CONTATO:

MUNICÍPIO:
FORTALEZA

UF
CE

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/EDACADO DO - TIPO:

OCORRÊNCIA

DOENÇA:
TRAUMA EM REGIÃO DO QUADRIL DIREITO E BRAÇO DIREITO
ATROPELAMENTO (SIC)

CLASSIFICAÇÃO:
NEGA

SPECIFICAÇÃO DE RISCO

OR

MOTIVO:
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE IDADE:
6 (ADULTO)

PESO:

NI KG

TEMPERATURA:

NI °C

CLASSIFICAÇÃO:

AMARELO

PRESSÃO ARTERIAL:

NI/NI

ALARME:

NEGA

SINAIS VITais

FE

SAT DE

NI%

PULSO

NI

GLUCOSE

NI

DATA DE ATENDIMENTO:

TRAUMATOLOGIA

RE: AVALIAÇÃO PELA CLASSIFICAÇÃO:

MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA

DATA HORÁRIA DA CLAS.

04/04/2018

AVANÇO:

RE: ATENDIMENTO

20:48:14

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura do cotovelo d

CÓPIA

DIAGNÓSTICO

SACI SOLICITADO:

HC

SU

US

DOMINAL

TO CRANIO

RAPO-A

SUSO-A

227

OUTROS

COD PROcedimento

CR

ESCRITÓRIO MÉDICO

APRAZAMENTO

OBSEVAÇÕES

MÉDICAMENTO

Re cotoneteo d Al 7 P

Re rotina suso-a Al 7 P.

+do longe

Confundir im

Dr. Glauco Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 8299 / FET 1100

ALTERAÇÃO:

DECISÃO MÉDICA

A PEDIDO

EVASÃO

TRANSFERÊNCIA

INTERNAÇÃO

ÓBITO

ATÉ 48 HORAS

APÓS 48 HORA

DATA HORÁRIA DO ATENDIMENTO

PO DE ALTA/SAÍDA

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 Código Penal.

HOSPITAL DISTRITAL M^ª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelie Monteiro
Mat. 763

Dr. Glauco Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 8299 / FET 1100

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

Prefeitura de
Fortaleza

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

HOSPITAL DISTRI

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITONº DO PRONTUÁRIO
204454Nº DO BE
20763

CID/CRVS

NASCIMENTO
24/10/1981(36
ANOS)

SEXO

M

RACIOC
PARDO

NOME SPO

NOME RESPONSÁVEL
NI

ENDERECO

MUNICÍPIO
FORTALEZA

CONCEP

CEP
60.541-704UF
CE

LUGAR DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ACADESUS - EXTERNO

OCORRÊNCIA

QUEDA
TRAUMA EM REGIÃO DO QU^I
ATROPELAMENTO (SIC)ORIG DIREITO E BRAÇO DIREITO
OR

ESPECIAÇÃO DE RISCO

NOTA
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

SANTOS

GRAD DE DOR
5 (ADULTO)

NI

MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA

DATA/HORA

PERG

RELAÇÃO DE ATENDIMENTO

04/04/2018

NI KG

DATA ATENDIMENTO

20:48:14

TEMPERATURA

PULSO

GLICÔMIA

NI °C

NI

NI

CLASIFICAÇÃO

NI

NI

AMARELO

NI

NI

ORIGINAIS PELA CLASSIFICAÇÃO

MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA

RELAÇÃO DE ATENDIMENTO

ANAMISE

NI

ITAU - 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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valadimino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
047251/0001-70 | CGP 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

518720823

Rota 17 01240 33 104600 - 4 **Data de Emissão** 24/03/20
Nome FRANCISCA ROCHA DA SILVA
End. Postal TR BOA ESPERANCA 01167
BONSUCESSO - FORTALEZA - 60520802
Medidor 2559325 **Posto** 0776 V21W
Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 260947383-49 **CGF**

Name

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

VEJA A LEGENDE NO VERSO DESTA CANTADA

Conjunto	Padrão Individual	Apuração Individual
Mês	Jun 2016	BUS 38,50
DIC	4,95	9,91
FIC	3,11	6,22
DMIC	2,77	5,54

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Lit. Atual	Lit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Conc. Inst.	Conc. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11550	11454	1,00	204	0,00	0,00	0,16773	33,16

24/03/16 23/02/16 29 DIAS 204 96,57

ALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
CMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	98,57
ULTA MORATORIA REF 12/2017	10,55
ORRECAO MONETARIA DO MES	1,92
UROS DO MES	0,68
LUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	1,10
IS-COFINS COMPLEMENTAR TARIFA BAIXA RENDA	10,97
OB. CREFAZ 0800 052 5051 10/12	1,73
	96,29

04/04/2018 LIGA DA PAGAR (RS) 221,21

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
enero	33,51
febrero	33,51
distribuidor	33,51
encargos Setor Iata	4,71
Tributos (IUMO y/o Oficina)	43,74
TOTAL	110,76

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg)

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂)

85,17 Compensado kg (100%) 0,60 Consciencia Ecológica (%OOJ

THE BOSTON HERALD IS A REGISTERED TRADE MARK OF THE BOSTON HERALD CO., INC.

100% DE PRECISÃO NO SEU AVANÇO DE ENDEMICAMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prejuízo Ativado.
INSCRIÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis que, em atraso, segue o detalhamento da fatura. Não realizando da dívida imediata, terá a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia, em 15 dias úteis a partir da entrega deste, conforme previsto na Lei nº. 4.414/64, Arts. 172 e 173, bem como o envio das Informações dos RISGOS DE PROTEÇÃO DO CREDITO E O CRITÉRIO DE PESQUISA. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta dentro fatura R\$ 6,00 referente a FIS e MFIC. Alíquotas: FIS:0,7% e MFIC:3,64%

Para o mês de março/10 a bandeira será verde, nem custo para os consumidores. Mais informações em www.mec.gov.br

Nº do Cliente: 821/11-4 Referência: Hor/Zeia
Data de Emissão: 24/03/2018 221,21
Nº da Nota Fiscal: 518720823 Total a Pagar (R\$): 0000821/11 00523 39692 66
Nº de Controle:



821711-4

Não criada pela Lei nº 10.429
de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vidalvino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07041229/0001-70 | CGF 06.10E.546-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

518720823

Data de Emissão 24/03/2018

Rota 17 0124m 33 104600 - 4
Nome FRANCISCA ROCHA DA SILVA
End. Postal TR BOA ESPERANÇA 01167
Medidor 2559125 Posto 0776 VZIW
Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 260947383-49 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Data da Apresentação Prazo para Leitura
Mar/2018 24/03/2018 24/04/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	EDR	Mês	Jan/2018	ELO 38,50
----------	-----	-----	----------	-----------

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
127,63	27,00%	37,16

Padrão Individual	Apuração Individual				
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
Anual	Mensal	Trim.	Anual		

DIC	4,95	3,91	15,62	7,80	2,90	8,02
FIC	2,11	1,22	12,45	6,06	2,00	5,06
DMIC	2,77					

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1778.1500.7565.0007.2079.0004.0477.512

ELO 38,50

Mês

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

DIC

FIC

DMIC

Mensal

Trim.

Anual

Mensal

Trim.



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

DADOS PESSOAIS

RF DO
PRONTUÁRIO
204454
Nº DO BE
207637

CRONOS

NASCIMENTO
**24/10/1981(36
ANOS)**

SEXO
M

RACIOC
PARDO

NAME
MARIA GORETI ROCHA DA SILVA

NOVA RESPONSABEL
NI

ENDERECO
RUA CARLOS CHAGAS 130 BONSUCESSO

MUNICIPIO
FORTALEZA

UF
CE

CONTATO

CEP
60.541-704

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/EDADOS (C) : DENTE

OCORRÊNCIA

QUREIA
TRAUMA EM REGIÃO DO QUADRIL DIREITO E BRAÇO DIREITO
ATROPELAMENTO (SIC)

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
OR

MOTIVO
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

SINTOMAS
NI

SINAIS/VITAIIS

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

PESO
NI KG

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

SAF. OZ
NI%

PIRUS
NI

GLICEMIA
NI

TEMPERATURA
NI °C

ALERGIAS
NEGA

RECOMENDAÇÃO PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA

DATA/HORA DA CLASSEFO
**04/04/2018
20:48:14**

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

REAÇÃO AO ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura do cotovelo D

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

00

PROTÓTIPO
() HC () SU () US () DOMINAL () TO CRANIO () BRAÇO SUSPENSORES () OUTROS

ESCRITÓRIO MÉDICO

MÉDICAMENTO
**Rs. volturato D Ap 7 P.
Rs. restina suspensores Ap 7 P.**

APRAZAMENTO

OBSEVAÇÕES

Dr. Glauco Roberto Ferreiro
Traumatologia
CREMEC #259 - FET/100

ATENÇÃO

PO DE ALTA/SAÍDA

**() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL**

CRÉDITO 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 assuro, todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

HOSPITAL DISTITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Dr. Glauco Roberto Ferreiro
Traumatologia
CREMEC #259 - FET/100

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO
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)

Bento

Eugenio Élio Alves de

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 15/01/18 às : hs.

Tendo como causa de socorro

Acidente

fator de risco do acidente

necessita de (- 15 -) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) 552.0

Observações:

Fortaleza - Ce, 14 de 04 de 2018

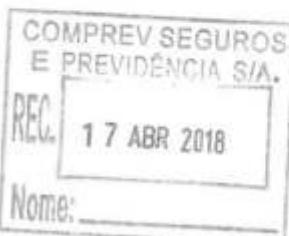
Dr. Glauco Roberto Barreto

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 justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



ANSWER KEY

HOSPITAL DISTRITAL JOÃO SANTOS DE OLIVEIRA

2

7-3

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
DEA
REV. 17 ABR 2018



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 algodão em cotovelo e extensão do braço, deficit de força e diminuição de ABM. Necessita, portanto, de continuidade ao tratamento para melhora do quadro e retorno das atividades laborais.

23/05/18

Aquino Gonçalves
Dra. Adriana Gonçalves de Pinho
Fisioterapeuta
CREFIGO 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

Francklin EDSON SENA DE BENTO

MISSÃO MEDICA

? PALENTE VÍTIMA TRUNFA COTUGUETU

①, PRESENTANDO PRATUNA COTUGA

RÁDIO, NO DIA 04/06/18, O MESMO

REFORÇOU A HISTÓRIA DE PRATICANTE DE TRÂNSITO,

SUBMETIDO AO TRATAMENTO SEM IMOBILIZAÇÃO

GESSADA, SUDOR, SEM FEVEREIRA CONSIDERADA

E NO MOMENTO ENCONTRARÉ DE PRAIA

TRANSMISSORICA E HAVIA A RESTRIÇÃO DE

DATA: ATIVIDADES.

04/06/18

CRM-MÉDICO(A)

Dr Antônio Luiz V. Gonçalves
Ortopedia - Traumatologista
Cirurgião Dentista
CRM 12047
CRD 12047

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

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018



Prefeitura de
Fortaleza

HOSPITAL DISTI

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

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE:
FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

CAIBUS:

DADOS PESSOAIS

Nº DO
PRONTUÁRIO
204454

Nº DO SE
207637

NOME MAE:
MARIA GORETI ROCHA DA SILVA

ENDEREÇO:
RUA CARLOS CHAGAS 130 BONSUCESO

CONTATO:

NASCIMENTO:
**24/10/1981(36
ANOS)**

SEXO
M

RACIOC
PARDO

LUGAR DE OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/EDADOU: FRENTE

OCORRÊNCIA:

CEP
60.541-704

DATA:

TRAUMA EM REGIÃO DO QUADRIL DIREITO E BRAÇO DIREITO

ATROPELAMENTO (SIC)

SINTOMAS:

NI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

OR

NOTA
AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

PERÍCIA:

NI KG

TEMPERATURA:

NI °C

PRESSÃO ARTERIAL:

NI/NI

PIRÉGAS:

NEGA

SINAIS VITais:

NI%

NOTA:

NI%

PIRÉO:

NI

GICADA:

NI

CLASSIFICAÇÃO:

AMARELO

ONSAU: PELA CLASSIFICAÇÃO:

MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA

DATA ATENDIMENTO:
04/04/2018

20:48:14

ÁREA DE ATENDIMENTO:

TRAUMATOLOGIA

REA ATENDIMENTO:

APAREDE:

F. ATENDIMENTO MÉDICO

Fratura da coluna v/0

DIAGNÓSTICO:

ATRASADO:

DO:

HC

SU

US

EDOMINAL

TO CRANIO

RAO-X

OUTROS

ATRASADO:

DO:

Ro. VOTO VOTO D AP/ P.

Ro. VOTAVOTO VOTO VOTO AP/ P.

ro. longe

Proteínas 7 m

ESCRIÇÃO MÉDICA:

APRAZAMENTO:

OBSERVAÇÕES:

*Dr. Gláucio Roberto Barreto
Traumatologista
CREBEC 828 - FORTALEZA*

ATENÇÃO:

DECISÃO MÉDICA

A PEDIDO

EVASÃO

TRANSFE

DESTINO DO CORPO:

FAMILIA

IML

ANAT. PATOL

PO DE ATENDIMENTO:

CARTÃO E AUTENTICAÇÃO MÉDICO ESPECIALISTA:

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

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

HOSPITAL DISTRITAL M^ª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emmanuel Monteiro
Mat. 763

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

*Dr. Gláucio Roberto Barreto FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO
Traumatologista
CREBEC 828 - FORTALEZA*

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OSSERVAÇÃO

CONDUTA:

1 - ALTA: DECISÃO MÉDICA A PEDIDO A REVELIA TRANSFERÊNCIA

REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº: _____

DATA E HORA DA ALTA: 11 HORA: _____

2 - OSSERVAÇÃO (ATÉ 24 h):

DATA E HORA DA ALTA: 11 HORA: _____

3 - INTERNAÇÃO

Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 11 HORA: _____

ASS. CARIMBO MÉDICO

4 - PARA ÓBITO
ANTES DO 1º SOCORRO NÃO SIM

DATA ÓBITO: 11 HORA ÓBITO: _____

GESTÃO DO CORPO: 1 ENTREGUE A FAMÍLIA

2 IML

3 ANATOMIA PATOLÓGICA

4 EVD

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

HOSPITAL DISTRITAL MONSENHOR BARROS DE OLIVEIRA
NÚMERO DE COPIA CORRESPONDE COM O ORIGINAL

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018



Enriqueta Mendes

Mat. 703

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

REC	17 ABR 2018
NAME	_____

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)

Bento

Emano Elian Oliveira de

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 18/04/18 às :00 hs.

Tendo como causa de socorro

assunel

fator de risco do trânsito (automóvel)

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

Observações:

Fortaleza - Ce, 34 de 04 de 2018Dr. Glauco Roberto Barreto
Traumatologia
CRM/CRC: 1250 - TECI 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 justificativa de 01 (um) a 15 (quinze) dias de afastamento.

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018



À Seguradora Bider

Vim por meio desta, solicitar o cadastro
do meu processo do Seguro Optrat, pois não
estou de acordo com a negativa do sinistro
de nº 3180/289378 pois tal negativa se deu
sem sequer passar por uma perícia médica,
tendo em vista que a documentação médica não
descarta o grau de neglégia que fiquei em decor-
rência 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

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

f/cv 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?

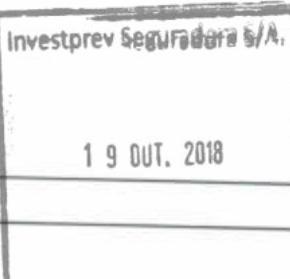
Documentos

Tipo	Número

Encaminhamentos

Atendente

Data



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 do 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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

À Seguradora Bider

Vim por meio desta, solicitar o cadastro
do meu processo do Seguro Optrat, pois não
estou de acordo com a negativa do sinistro
de nº 3180/289378 pois tal negativa se deu
sem sequer passar por uma perícia médica,
tendo em vista que a documentação médica não
descarta o grau de neglégia que fiquei em decor-
rência 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

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

f/cv 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?

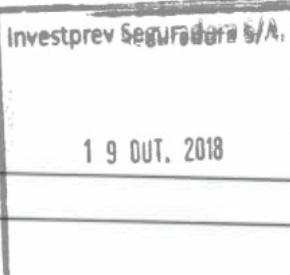
Documentos

Tipo	Número

Encaminhamentos

Atendente

Data



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

Valorização 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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA