



Conselho Nacional de Justiça

Comprovante de juntada de documento

Processo

Número do processo:	3000147-61.2022.8.06.0098
Órgão julgador:	Vara Única da Comarca de Irauçuba
Jurisdição:	Comarca de Irauçuba
Classe:	PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL
Assunto principal:	DIREITO CIVIL (899) / Responsabilidade Civil (10431) / DPVAT (14694
Valor da causa:	13.500,00
Medida de urgência:	Não

Partes

AUTOR

REU

- ANA CLAUDIA RODRIGUES LAVOR (ADVOGADO)
- FRANCISCO SILVANO DUTRA registrado(a) civilmente como
FRANCISCO SILVANO DUTRA (AUTOR)

- SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO
SEGURO DPVAT S.A. (REU)
- RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
(ADVOGADO)

Outros interessados

Não existem outros interessados vinculados.

Assuntos

- DIREITO CIVIL (899) / Responsabilidade Civil (10431) / Indenização por Dano Moral (10433) / Acidente de Trânsito (10435)
- DIREITO CIVIL (899) / Responsabilidade Civil (10431) / DPVAT (14694)

Documentos Protocolados

Documento	Tipo	Tamanho (KB)
Petição	Petição	0,05
2882987_JUNTADA_DE_DOCS_03	Petição	92,46
2882987_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02_compressed	Documento de Comprovação	2950,94

Documento(s) juntado(s) por: RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO **em** 19/05/2023 14:32



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE IRAUCUBA/CE

Processo: 30001476120228060098

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCO SILVANO DUTRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

IRAUCUBA, 19 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/CE 27954-A

RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO
45542-A/CE

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10456359

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170067186 ASL-0043007/17

Vítima: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Data Acidente: 11/01/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE IRAN TEIXEIRA MATOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10476702

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3170067186 ASL-0043007/17
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE IRAN TEIXEIRA MATOS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados de ~~propriedade~~ da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

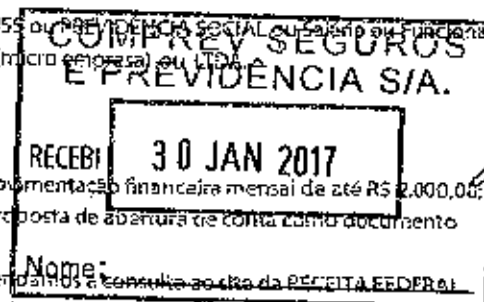
EU, FRANCISCO SILVANO DUTRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP. RJ EM 14/06/12 ECPF 021582953-09 (CNPJ) () PROFISSÃO ---

E RENDA MENSAL DE R\$ --- (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa da renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pessoais ou de terceiros.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO --- Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) --- Nº da CONTA (com dígito, se existir) ---

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Lugar e data 04 de 02

LOCAL E DATA

de 16 Francisco Silvano Dutra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$15.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.345/2006) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO 10070906/16

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO SILVANO DUTRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP, EM 14/06/12 E

CPF 02415829531-09 (CNPJ), PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da folha de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

0070906/16 alexandre

0070906/16 alexandre

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.9-5/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CÓPIA

CAIXA LOTERIAS CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

344-576647333-4

09/DEZ/2016 HORA DE 16:10:37

LOT. 5.012453-6 TERM 014320

LOCALIDADE: TRAUSSA

AG. VINCULADA: 3812 CONTROLE: 34410035

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PÓUP CAIXA FACIL

NOME: FRANCISCO SILVANO DUTRA

AGENCIA: 3812

OPERACAO: 013

COPIA-DV: 0015143-7

DATA DE ABERTURA: 09/12/2016

LOTerias CAIXA

344-576647333-4

CAIXA 1ª VIA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome: _____

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

CADEN ECONÔMICA FEDERAL
SAC 0800 726 0101
DUNIDORIA 0800 726 7474
014-521218912-4
14/JAN/2016 HORA DE 18:23:52

LOT: 05.12453-6
LOCALIDADE: ITAUCUBA
AG. VINCULADA: 3812
TERM: 012933
CONTROLE: 856261988

DEPÓSITO EM DINHEIRO
3812 001/00026464-5
FRANCISCO SILVANO DUTRA
VALOR 5.000
ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO
014-521218912-4

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:55:41

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
17 FEV 2016
006/35

CÓPIA



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE POLICIAL DE IRAUCUBA
Rua - Pedro Domingues, 254 - Centro - Fone (85) 3330-1291.



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 028/2016

Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h11min

Fone:

Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA. Masc: 04/09/1979.

Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.

Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, Bairro Esperança, Iracuba/CE.

CPF:

RG: 2004099020862. SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.

Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no bairro da Esperança, próximo ao cemitério, Iracuba/CE.

HISTÓRICO: A pessoa supracitada informa que no dia hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, guiando a MOTOCICLO, HONDA/CG, 125, FAM. ANO E MOD. 2007, DE COR PRETA, CHASSI. 9C2JC30707R082393, DE PLACA, HYT. 6181. Em nome do noticiante; Que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escorções luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando, por encerrada a referida ocorrência. ~~~~~

☐ Delegado☒ Cartório☐ Investigação☐ Arquivo

Escrever: aut. nec.

Resp. Reg.

Francisco Silvano Dutra
Autodante:

Alcides Soares
POLÍCIA CIVIL

Comunicação falsa de crime ou de contravenção a Crime. Art. 307 do CP. Pena - detenção de 1 (um) a 3 (três) meses, ou multa.
Autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção de 1 (um) a 3 (três) meses, ou multa

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

3160092412

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE DE POLÍCIA DE IRAUCUBAASL-0070906/16
alexandre.queirozASL-0070906/16
alexandre.queiroz

30/01/2017 11:48:31

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE DE POLÍCIA DE IRAUCUBA
Rua Pedro Domingues, 354 - Centro - Fone (85) 3835-1291

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 028/2016

COMPREV/SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h10min

Fone:

RECEB O 5 FEV 2016

Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA, Nasc: 04/09/1979.

Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.

Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, Bairro Esperança, Iraucuba/CE.

CPF:

RG: 2001098028862. SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.

Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no bairro da Esperança, próximo ao cemitério, Iraucuba/CE.

HISTÓRICO: A pessoa supracitada informa que no dia, hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, quando a MOTOCICLO HONDA CG 125, FANTASMA E MOD. 2007, DE COR PRETA, CHASSI 9C2JC30707R082393, DE PLACA HYT. 6181. Em nome do noticiante, que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo, nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escoriações luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando por encerrada a referida ocorrência. //

() Delegado

(X) Cartório

() Investigação

() Arquivo

Escrivão: ad.Hoc.

Resp. Reg. 18.31

Assinatura: Alexandre Queiroz

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz

30/01/2017 11:48:31

Comunicação falsa de crime ou de contravenção é Crime G/AB, de competência da ação de autoridade, comunicando-se a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter cometido. Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses ou multa.

CÓPIA

30/01/2017 11:48:31

8

Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 2 *T2%*

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRAPortador da carteira de identidade nº 2001098028862, e inscrito no CPF/MF sob o nº 021.582.953-09Reside e domicilia na Rua: ANTONIO IVO DOS SANTOS
Número: 117 Bairro: ESPERANÇA Cidade: IRACUBA Estado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido 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 Obrigatório DPVAT para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise de 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 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LOCAL Moaçu DATA 04/02/16

X Francisco Silvano Dutra

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	30 JAN 2017
Nome: _____	

Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA

Portador da carteira de identidade nº 2004098028862 e inscrito no CPF/MF sob o nº 021.582.953-09

Reside e domicilia na Rua: ANTONIO IVÓ DOS SANTOS
Número: 117 Bairro: ESPERANÇA Cidade: IRACUJUBA Estado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que resido 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 Obrigatório DPVAT para a cobertura de invalidez permanente causa diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal - IML, concordando, desde já, em não submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e extensão do grau da lesão, ou lesões, para os fins 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LOCAL

IRACUJUBA

DATA

30/01/2017

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A

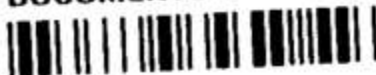
MECEB 05 FEV 2016

Nome

2

alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32
alexandre.queiroz 30/01/2017 11:49:32

CÓPIA



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, FRANCISCO SILVANO DUTRAPORTADOR(A) DO RG Nº 2001098028862 EXPEDIDO POR SSP. ee EM 14/06/12 ECPF 021582953-09 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO —E RENDA MENSAL DE R\$ — (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA FRANCISCO SILVANO DUTRA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

12062016

RECEITA FEDERAL

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3812 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 26464-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO — Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) — Nº da CONTA (com dígito, se existir) —

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

14/02

hou. ee. 04 de 02

LOCAL E DATA

de 16 Francisco Silvano Dutra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$15.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

014-521218912-4

14/JAN/2016

HORA OF 10:23:52

LOT: 05.12453-6
LOCALIDADE: IRAUCUBA
AG. VINCULADA: 3812

TERM: 012933
CONTROLE: 866261908

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3812 001 00026464-5

FRANCISCO SILVANO DUTRA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

014-521218912-4

VIA DO CLIENTE

17/02

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 17 FEV 2016

13

NOME

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA

RG nº 2001098028862

Data de expedição 14 / 06 / 2012, Órgão ESP. ec.

CPF nº 021.582.953-09

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 2 "T26"



Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	ANTONIO IVO DOS SANTOS
Número	117
Apto / Complemento	200A
Bairro	ESPERANÇA
Cidade	IRAUCUBA
Estado	CE
CEP	62820000
Telefone de Contato	(085) 9.9202.4141 / 9.9906.1911
E-mail	— / —

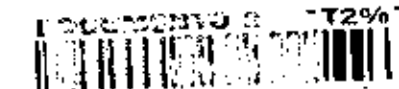
**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEBI **30 JAN 2017**

Nome: _____

Por ser verdade, firmo-me. Local e Data: Irara, ce 04/02/16

Assinatura do Declarante: X FRANCISCO SILVANO DUTRA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:56:37

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:56:37

EU, FRANCISCO SILVANO DUTRA

RG nº 2604098028862

Data de expedição: 14/06/2016, Orgão: 2508, e 10/02/2017
CPF nº 1021582953-09 venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:56:37

Logradouro (Rua/Avenida/Prça)	ANTONIO IVÓ DOS SANTOS
Número	117
Apto./Complemento	LAMA
Bairro	ESPERANÇA
Cidade	ITRAUCUBA
Estado	CE
CEP	62620000
Telefone de Contato	(85)-9.9906.4141 / 9.9906.1911
E-mail	alexandre.queiroz@itracuba.ce.gov.br

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIASIA

RECIBO 05 FEV 2016

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:56:37

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:56:37

Por ser verdade, firmo-me. Local e Data:

Assinatura do Declarante: FRANCISCO SILVANO DUTRA

CÓPIA

6726056-0
Para obter seu atendimento, utilize o nº acima
acompanhado com o cartão de crédito.

Fora da rede de distribuição de energia elétrica
Foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Álvares, 150
CEP 60035-040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | OGF 06.005.848-0

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 453184311
Nota: 05 34090 02 090300 - 7 Data de Emissão: 10/11/2016
Nome: MARIA LIDIANE CRUZ CAVALCANTE
End. Postal: RU - ANTONIO IVÓ DOS SANTOS - 63000
ESPERANÇA - IRAUCUBA - 62620000
Medidor: 5318453 Poste: 0000 0000
Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO Fator de Potência: 0,00
RG / CPF / CNPJ: 011987853-35 CGF:

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Letra	Volta e frequência no período desta conta.	Contante	Índice
Nov/2016	10/11/2016	12/12/2016	Volta	99,99%	15,25
ÍNDICE			Índice de Qualidade do Fornecedor		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Índice	Índice	Índice
44,43	27,00%	11,99	Índice	Índice	Índice

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
8304.2210.5402.7997.557E.4769.627F.87F6

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ant.	Const. Fut.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
4526	4464	1,00	62	0,00	62	0,71671	44,43

10/11/16 11/10/16 30 dias 62 44,43

VALOR CONSUMO DO MES 44,43
QUOTA PARCELAMENTO 2/6 26,97
MULTA MORATORIA REF 10/2016 1,03
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,15
ADICIONAL BANDEIRA ANARELA MES (R\$ 0,45)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 30 JAN 2017

AVENÇAMENTO 10/11/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$) 81,58**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,24	61
Transmissão	0,48	62
Distribuição	0,78	72
Encargos Setoriais	3,37	68
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	14,64	155
TOTAL	44,43	0

CONSUMO CONSCIENTE E EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo	Emissões	Consumo	Emissões
26,80	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, a notificação de suspensão do fornecimento de energia elétrica (Prezado Cliente, constata) em nossos controles contábeis em atraso. Devido a falta de pagamento do Débito, o recuo referente da dívida indica a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Art. 172 c/c 173. Para obter o aviso das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CANTORIO DE PROTESTO. Caso não tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Conta desta fatura R\$ 2,65 referente a PIS e COFINS.
Anexo: 9 PIS - 100/2005 - ANEEL e Anexo: 10, 627/02 e 10, 633/02

bandeira para o mês de novembro e anarela, com custo de R\$ 1,50 e cada 100 kWh (quilowatt-hora) consumidos. Mais informações em WWW.ANEEL.GOV.BR

Nº do Cliente: 6726056-0 Referência: Nov/2016
Data de Emissão: 10/11/2016 Total a Pagar (R\$): 81,58
Nº da Nota Fiscal: 453184311 Nº do Contrato: 0006220056 00010 39102 10
8384000000-6 81580031000-3 00067260560-0 0019391956-2



3160092412

DOCUMENTO 1 "T1%"



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
UNIDADE POLICIAL DE IRAUCUBA
Rua - Pedro Domingues, 554 - Centro - Fone (88)3835-1291.



BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 028/2016

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

Data/Hora de Registro: 14/01/2016 - 14h10min

Fone:

RECEB O 5 FEV 2016

Noticiante: FRANCISCO SILVANO DUTRA. Nasc: 04/09/1979.

Filiação: MANOEL OTAVIO DUTRA E MARIA CELSA DUTRA.

Nome: A

Residência: Rua Antonio Ivo dos Santos, 117, bairro Esperança. Irauçuba/CE.

CPF:

RG:2001098028862. SSP/CE.

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE DE MOTOCICLO.

Dia, local e hora da Ocorrência: 11/01/2016, por volta das 11h55min, fato ocorrido no birro da Esperança, próximo ao cemitério. Irauçuba/CE.

HISTORICO: A pessoa supracitada informa que no dia hora e local acima citado, estava trafegando de trabalho para sua residência, guiando a MOTOCICLO. HONDA/CG. 125. FAN. ANO E MOD. 2007. DE COR PRETA. CHASSI. 9C2JC30707R082393. DE PLACA. HYT. 6181. Em nome do noticiante; Que trafegava normalmente, momento em que perdeu o controle do veículo nas proximidades do cemitério, vindo a tombar; Que em consequência do acidente FRANCISCO SILVANO, sofreu escoriações luxações no tornozelo esquerdo; Que fora socorrido na ambulância para o hospital deste município e posteriormente transferido para Santa Casa de Misericórdia em Sobral. E, nada mais disse dando, por encerrada a referida ocorrência. //

() Delegado

(X) Cartório

() Investigação

() Arquivo

Escrivão: ad.Hoc.

Resp. Reg.:

Francisco Silvano Dutra
Assinatura

Autoridade:

Carlos Soares
Assinatura
POLÍCIA CIVIL

Comunicação falsa de crime ou de contravenção é Crime. Art. 312 do CP. A ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção, que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

DOCUMENTO 1 *T196*


SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO

CNPJ: 07.544.786/0001-57

Insc. Est.: ISENTO

0001789.5

PAR 100 R-1

001

01709/98

160089677

15/09/2016

SET/2016

 JOSÉ IRAN TELCEIRA MATOS
 RUA TAB. CLOVES B. FIRMEZA,, 62
 ESSENERO GOMES
 ITAPAJE

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

Cep: 62.600-000
CEARA

00.00.02.0000013020

ENDEREÇO DE ENTREGA

LOCALIZAÇÃO

HIDROMETRIA

 HIDROMETRO: A10420182
 DATA INSTALAÇÃO: 15/07/2015
 LECTURA ANTERIOR: 00107
 DATA LECTURA: 08/08/2016
 LECTURA ATUAL: 00451
 DATA LECTURA: 07/08/2016
 CONTADOR: 00034
 DIAS DE CONSUMO:
 Ocorrência: LECTURISTA

SERVICOS E TARIFAS

COO.	DESCRIÇÃO	CT	PREST.	VALOR
001	TARIFA DE AGUA			204,11
005	FELIGACAO - 24/08/2016			10,23
009	2ª VIA de JUN/2016 em 23/08/16			3,80
016	Multa por Atraso - 06/2016			3,33

ULTIMOS CONSUMOS

PERÍODO	CONSUMO	DATA	CONSUMO	DATA
MAI/16	00039	000	JUN/16	00042
JUN/16	00043	000	JUL/16	00044
AGO/16	00035	000	AUG/16	00031

PARAMETROS DA AGUA DISTRIBUIDA

Estação de Tratamento	Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Rij	Os Res
Estação de Tratamento	Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Rij	Os Res
Estação de Tratamento	Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Rij	Os Res

BAAE: 3346 0188

MÚLTIPLA 24 4,59 ENCARGOS C.A.M.S. 22 0,01

AGRADEÇA SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO
CONSUMIDOR

10/10/2016

VALOR R\$

229,47

 COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:



Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 2 *T2%*

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRAPortador da carteira de identidade nº 2001098028862, e inscrito no CPF/MF sob o nº:021.582.953-09Reside e domicilia na Rua: ANTONIO IVO DOS SANTOSNúmero: 117Bairro: ESPERANÇACidade: IRAUÇUBAEstado: CE

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 Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que residio não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no município em que residio 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 Obrigatório DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a 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 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

LOCAL

mae - ce

DATA

04 / 02COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS/A

RECEB 05 FEV 2016

/ 16

2

Nome:

* Francisco Silvano Dutra

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS, portador(a) do

RG nº 277233987, expedido por SAO PAULO, em

03/02/99 CPF/CNPJ nº 135.813-668-86

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) FRANCISCO SILVANO DUTRA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima FRANCISCO SILVANO DUTRA e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Recusou Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

	Reconheço por ☐ semelhança ☒ autenticidade
	a(s) firma(s) <u>JOSÉ IRAN TEIXEIRA MATOS</u>
	Data: 16.11.2016
	() BELA CLAUDIA REGINA NOGUEIRA - TITULAR () PEDRO RODRIGUES LIMA - SUBSTITUTO (x) RAIMUNDO SANTANA LIMA - ESCRIVENTE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	30 JAN 2017
Nome: _____	



Ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

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

Unidade Origem:

João R. Mota

ADS:

Município: Irauçuba

Nome:	Francisco Silvano Dutra	Prontuário Nº:	
Sexo:	M ☒ F ☐	Data de Nascimento:	04/09/59
Endereço:	Av. São Santos	Bairros:	Esperança

Motivo do Encaminhamento:	Paciente vítima de queda de moto, apresentando dor intensa
Resultados de Exames:	e Edema tornozelo Esquerdo. Debito Rx - tornozelo "E" urgente.
Conduta já Realizada:	
Impressão Diagnóstica:	Enforce de Esquerdo.
Assinatura do Encaminhado - Nº. Registro	11.03.16
Assinatura do Encaminhado - Função	11.55

Proposta de Conduta Para Seguimento:	
O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐	
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐	
Assinatura do Consultante - Nº. Registro	
Assinatura do Consultante - Função	
Assinatura do Consultante - Data	

RECEB U 5 FEV 2016

3

Nome:



FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome: _____

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Francisco Silvano OLIVEIRA

vítima de acidente de trânsito, em 11/01/2016, sofreu:

maus tratos no tornozelo e
entorse com fratura
C17 - 593.4 590.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Imobilização do membro
medicação
fio tensoencontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:Dois defeitos na
articulação do tornozelo
permanente

função da vida

Inutilidade de 100% da função

na mobilidade da vida

permanente

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

Filiado

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411

PSF SEDE I - ESPERANÇA


**PREFEITURA MUNICIPAL
DE IRAUÇUBA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO
ATESTO que o Segurado *Francisco Edvardo Daltro*

Portador da Carteira Profissional nº.

Série *2800603* necessita de *05 (cinco)*

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

CID - M76.8

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUÇUBA

Hospital ou Ambulatório

Irauçuba 11-01-16

Localidade e data

[Signature]
Ass. Do Médico
Irauçuba, 11-01-16
RPM: 2300603
CPF: 062.744.901-88

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R G P S, Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.**

RECEBI

30 JAN 2017

Nome: _____

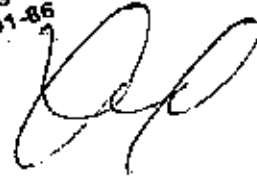
Plano 51/59 120

- Amoxicilina 2/
rep 12/12 hrs.

- Abu profeno (Cecid) 15
rep 8/8 hrs.

11/1/16

Israelmis Lopez Yaque
Médica
RMS: 2300603
CPF: 067.744.901-86



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	30 JAN 2017
Nome: _____	



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

P/ Francisco Soares Dantas

no outo

01/05/14

Exame de urina de 12/10/14, 254

2
Dr. Rauli Carlos Medeiros
Médico
CREMEC 14314

12/10/14

cód. 1783

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

1. Preencher esta ficha em 3 vias - 2. Ao terminar o consulto ou tratamento, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-se para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem: Joo R. Mota

ADS:

Município:

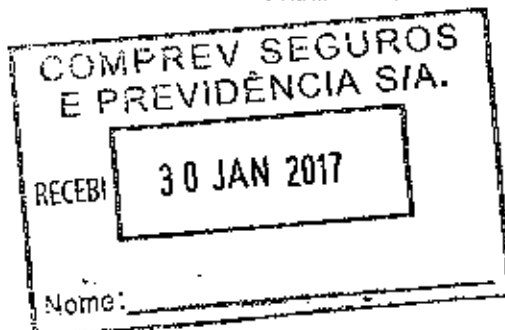
Irauçuba

Nome:	<u>Franciano Gekiano Daltro</u>	Prontuário Nº:	
Sexo:	M ☒ F ☐	Data de Nascimento:	<u>04/09/59</u>
Ocupação:			
Endereço:	<u>Av. João Santos Bairro Esperança</u>		

Motivo do Encaminhamento:	<u>Paciente vítima de queda de moto. Apresentando dor intensa</u>		
Resultados de Exames:	<u>e Edema tornozelo Esquerdo</u>		
Conduta já Realizada:			
Impressão Diagnóstica:	<u>Entorse de Esquerdo</u>		
Assinatura do Encaminhado:	Registro	Função	
<u>[Assinatura]</u>	<u>11.03.16</u>	<u>11:55</u>	
	Data	Hora	

Proposta de Conduta Para Seguimento:			
O Problema Justificou Referência?	Sim ☐	Não ☐	
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico?	Sim ☐	Não ☐	
Assinatura do Consultante - Nº. Registro	Função		

Global Gráfica (R&B) 3213, 1377



Ato declaratório



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

1. Presenciar este Ato em 3 vias - 2. Ao receber a consulta ou
exame, entregar as 2 vias ao médico, orientando-se para
retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem:

João R. Mota

ADS:

Município:

Irauçuba

Nome:	MARCUS GILVANO DUTRA			Prontuário Nº:	
Sexo:	M ☒	F ☐	Data de Nascimento:	04/03/58	Residência:
Endereço:	RUA SANTIAGO BAIRRO: Esperança				

Motivo do Encaminhamento:	Paciente vítima de queda de moto apresentando dor intensa		
Resultados de Exames:	e Exame Torax Esquerdo. Debito Rx - Toraxo "E" urgente.		
Conduta já Realizada:			
Impressão Diagnóstica:	Enforce PE Esquerdo		
Assinatura do Engenheiro:	Registro	Função	
<i>[Assinatura]</i>	11.103.136	11:55	
	Data	Hora	

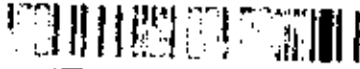
Proposta de Conduta Para Seguimento:	
O Problema Justificou Referência?	Sim ☐ Não ☐
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico?	Sim ☐ Não ☐
Assinatura do Consultante - Nº. Registro	Função

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:



ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL



ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

1. Apresentar com foto em 3 vias - 2. Ao terminar a consulta ou
2. Encerrar a consulta, entregar as 2 vias ao usuário, orientando-o para
3. Retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade Origem:

ADS:

30/01/2017 11:48:55

Município: Itaucuba

Nome: FRANCISCO GILBERTO DUTRA	Prontuário Nº:
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 04/09/29	Profissão:
Endereço: Av. São Carlos Bairro Esperança	

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

Motivo do Encaminhamento: Paciente com queixa de dor intensa	
Resultados de Exames: Exame Torácico e Exame de Urina	
Conduta já Realizada: Não	
Impressão Diagnóstica: Enfarte PE Esquerdo	
Assinatura do Encaminhado: [Assinatura]	Assinatura do Encaminhado: [Assinatura]
Registro: 000196	Registro: 000196
Função: Médico	Função: Médico

Proposta de Conduta Para Seguros: [Assinatura]	RECEB U 5 FEV 2016
O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐	3
O Motivo da Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐	Notas:

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:48:55

CÓPIA

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUCUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

Unidade Originária: João Pinheiro Município: Irauçuba
ADS: 30/01/2017 11:50:32

Nome: Francisco Gilvano Dutra Prontuário Nº: 1153
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 04/03/79 Ocupação: Assistente Social
Endereço: Av. São Expedito, Bairro Esperança

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

Motivo do Encaminhamento: Paciente U. Pinheiro queiroz
Edemato, Apresentando dor lateral
Resultados de Exames: Edema tornozelo esquerdo
Dor Rx - tornozelo e "urgente"
Conduta já Realizada: Enforce de Esquerdo
Impressão Diagnóstica: Enforce de Esquerdo
Assinatura do Encaminhante: [Assinatura] Registro: 0906/16
Data: 30/01/2017

Proposta de Conduta Para Seguintes: 1153
O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☒
O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☒
Assinatura do Consultante - Nº. Registro: 0906/16
Data: 30/01/2017

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIAS S/A
05 FEB 2016
4

CÓPIA

CÓPIA

DATA: 11.01.16

FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

I - IDENTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO:	IRACUCUBA	BAIRRO:	ESPERANÇA	DISTRITO SANITÁRIO:	2102
UNIDADE DE SAÚDE:	2102				
NOME DO USUÁRIO:	FRANCISCO GILVANO DUTRA				
SEXO:	M	DATA NASCIMENTO:	04.09.1979	ESTADO CIVIL:	3112
NATURALIDADE:	IRACUCUBA				
PROFISSÃO:	VIGILANTE				
PAT:	MARCELO OLIVEIRA DUTRA				
MÃE:	MARIA CECILIA DUTRA				
ENDEREÇO:	RUA JOÃO DOS SANTOS				Nº PES. NO DOM:
RENDIMENTO FAMILIAR	☐ MENOS DE 1 SM ☒ 1-3 SM ☐ 3-6 SM ☐ MAIS DE 6 SM				

II - ANAMNESE

1 - ANTECEDENTES PESSOAIS	
☐ COQUELUCHE	☐ DIFTERIA
☐ RUBÉOLA	☐ SARAMPO
OUTROS:	☐ HANSENÍASE
	☐ TUBERCULOSE
	☐ POLIOMIELITE
2 - AGRAVOS DE RISCO	
☐ ALCOOLISMO	☐ ALERGIA
☐ D. MENTAL	☐ EPILEPSIA
☐ SIDA (AIDS)	☐ TABAGISMO
OUTROS:	☐ CARDIOPATIA
	☐ HEMOFILIA
	☐ DIABETES
	☐ HIPERTENSÃO
3 - ANTECEDENTES FAMILIARES	
☐ CÂNCER	☐ CARDIOPATIA
☐ HEMOFILIA	☐ HIPERTENSÃO
OUTROS:	☐ DIABETES
	☐ TUBERCULOSE
	☐ HANSENÍASE

III - VACINAÇÕES

TIPOS	A. PÓLO	TRÍPLICE	TTA SARAMPO	B.C.G.	A. TETÂNICA
DATA					

IV - ODONTOGRAMAS

1º EXAME	DATA	DIREITO ESQUERDO 														
2º EXAME	DATA	DIREITO ESQUERDO 														
3º EXAME	DATA	DIREITO ESQUERDO 														

OBS.: EM AZUL, SERVIÇOS ENCONTRADOS; EM VERMELHO, OS SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS.

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017 11:50:32



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filial da Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Dr. João de Sá
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (85) 3112-0400 - Fax: (85) 3613-1808
CNPJ: 07.616.313/0001-09 - CGF: 05.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
RECIBO 05 FEB 2016
7

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070903/16
alex
30/01/2017 11:50:32

CÓPIA

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

COMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A
11:50:32
RECIBO 05 FEB 2016
8
Nome: _____

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

11/1/16
Instituto Copev, Yagué
Medica
RMS: 2300603
CPF: 067.744.901-85

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 11:50:32

CÓPIA

PSF SEDE I - ESPERANÇA

PREFEITURA MUNICIPAL
DE IRAUCUBA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado

Portador da Carteira Profissional nº

Série 2300603

necessita de

dias de afastamento do trabalho a partir desta data, por motivo de doença.

UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUCUBA

Hospital ou Ambulatório

Iracuba - M. 0285

Localidade e data

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R.G.P.S. Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

05.FEV.2016

CÓPIA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRARG nº 2001098028862Data de expedição 14 / 06 / 2012, Órgão SP. CECPF nº 021.582.953-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	ANTONIO IVO DOS SANTOS
Número	117
Apto / Complemento	lata
Bairro	ESPERANÇA
Cidade	IRAUCUBA
Estado	CE
CEP	62620000
Telefone de Contato	(085) 9.9202.4141 / 9.9906.1911
E-mail	— / —

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB O 5 FEV 2015

Nome: 14Por ser verdade, firmo-me. Local e Data: Man. ce 04/02/16Assinatura do Declarante: X FRANCISCO SILVANO DUTRA



Cagece
Companhia
de Água e Esgoto
de Curitiba

Av. Lúcio Vieira Chaves, 1030 - Vila União CP 1154 - Foz de Iguaçu - PR - CEP: 85420-220
CNPJ: 07.620.000/0001-92 | C.E.S.: 0800.0333-11
Atendimento ao Cliente: 0800.275.0195 | E-mail: atendimento@ Cagece.com.br

Fatura Avulsa

INSCRIÇÃO/CLIENTE

2996801-1

DADOS DO CLIENTE

Nome:
FRANCISCO SILVANO DUTRA

CPF/CNPJ do Cliente:
021.582.953-09

Endereço:
RU ANTONIO IVO DOS SANTOS, 117, FNS, DA ESPERANCA

Cidade:
IRAUCUBA

Cep:
62.620-000

Data Leitura: Leitura Atual:

Leitura Anterior:

Endereço de Entrega da Fatura:

CODIFICAÇÃO

035.001.00.130.00.0170.0000.0

MÊS/ANO

10/2013

EMISSÃO

14/01/2016

SEGUNDARIA

RESIDENCIAL 001 COMERCIAL 000 INDUSTRIAL 000 PÚBLICA 000

HISTÓRICO DE VENCIMENTOS

Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
OUT/2013	1.0	0.0

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO	PARCELAS	VALOR (R\$)
MULTA DE 2%		0,48
JUROS DE 0,033% AO DIA		23,91

VENCIMENTO

14/01/2016

VALOR TOTAL (R\$)

24,39

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

Cliente

Assinatura representante



Cagece
Companhia
de Água e Esgoto
de Curitiba

Av. Lúcio Vieira Chaves, 1030 - Vila União CP 1154 - Foz de Iguaçu - PR - CEP: 85420-220
CNPJ: 07.620.000/0001-92 | C.E.S.: 0800.0333-11
Atendimento ao Cliente: 0800.275.0195 | E-mail: atendimento@ Cagece.com.br

Fatura Avulsa

INSCRIÇÃO/CLIENTE

2996801-1

DADOS DO CLIENTE

Nome:
FRANCISCO SILVANO DUTRA

CPF/CNPJ do Cliente:
021.582.953-09

Endereço:
RU ANTONIO IVO DOS SANTOS, 117, FNS, DA ESPERANCA

Cidade:
IRAUCUBA

Cep:
62.620-000

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA CLIENTE

CODIFICAÇÃO

035.001.00.130.00.0170.0000.0

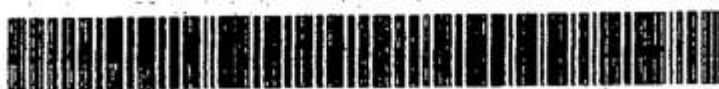
VENCIMENTO

14/01/2016

CCMPREV SEGUROS
E PREVIDENCIA S/A

RECEB O 5 FEV 2016

82620000000-6 24390009000-8 02996801101-4 01003633025-5



Nome:

15

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
021.582.953-09

Nome
FRANCISCO SILVANO DUTRA

Nascimento
04/09/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PERMITE 200109802862 DATA DE EMISSÃO 18/06/2012

NOME FRANCISCO SILVANO DUTRA

PLACAO MANOEL OTAVIO DUTRA

MARIA CELSA DUTRA

CITIZENSHIP TRAUQUA - CE

DATA DE NASCIMENTO 04/09/1979

CARTÃO DE IDENTIDADE - TERMO 12.544 FOLHA 117 LIVRO A

2 VIA

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

CITIZENSHIP

TERMO 12.544 FOLHA 117 LIVRO A

DATA DE NASCIMENTO 04/09/1979

CARTÃO DE IDENTIDADE

2 VIA

REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL

CÓDIGO DE CONTROLE

58F2.C9B6.00F1.B92F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

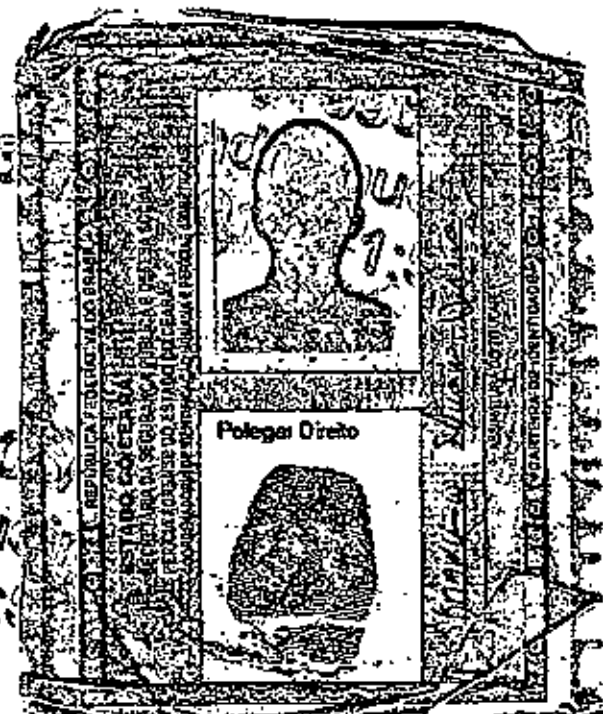
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 11:44:03 do dia 16/09/2018 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

ale
30/01



ASL-0070906/16

ale
30/01/2017 11:50:31

ASL-0070906/16
alexandre
30/01/2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
05/01/2016
05/01/2016
7.5/10

ASL-0070906/16
alexandre
30/01/2017 11:50:31

CÓDIGO DE CONTROLE
58F7.C9B6.00F1.B92F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
11/09/2016 (hora e data do Brasil)
11:45:00 do dia 18/09/2016 (hora e data do Brasil)
dígito verificador: 00

ASL-0070906/16
alexandre
30/01/2017 11:50:31

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

Número
021.582.953-09

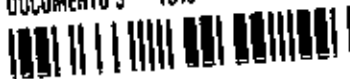
Nome
FRANCISCO SILVANO DUTRA

Nascimento
04/09/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓPIA

DOCUMENTO 3 *T396*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS PESSOAS E DA SEGURANÇA	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME JOSE IRAN TEIXEIRA MATOS	
	DOCUMENTO / CDD / FIMES Nº 277333987 SSP SP
	CPF 135.813.668-85 DATA NASCIMENTO 14/12/1967
	Relação JOSE NANIRO TEIXEIRA MATOS MARIA SIMEDE DE MATOS
	Residência AD AD AD
INSCRIÇÃO 05002606020	VIGÊNCIA 29/06/2021 05/08/2010
LOCAL ITAPIPOCA, CE DATA 07/07/2016	
Assinatura do titular 	
Nº do documento 69043030671 Código de segurança 02154183237	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:



PREFEITURA MUNICIPAL DE IRAUÇUBA
SECRETARIA DE SAÚDE
PSF PARA HOSPITAL

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

Unidade Origem: João R. Mota

ADS: _____

Município: Irauçuba

Nome: <u>Francisco Silvano Dutra</u>	Prontuário N°: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: <u>04/09/59</u>	Ocupação: _____
Endereço: <u>Rua São Santos</u>	Bairro: <u>Esperança</u>

Motivo do Encaminhamento: <u>Paciente vítima de queda de moto, apresentando dor intensa e edema tornozelo esquerdo.</u>
Resultados de Exames: <u>devido Rx - tornozelo "E" urgente.</u>
Conduta já Realizada: _____
Impressão Diagnóstica: <u>Entorse de Esquerdo.</u>
Assinatura do Encaminhado: <u>[Assinatura]</u> Registro: _____
Função: _____
Data: <u>11.01.16</u>
Hora: <u>11:55</u>

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O Problema Justificou Referência? Sim ☐ Não ☐

O Motivo de Referência Coincide com Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° . Registro

Função

Data

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 05.FEV.2016

Nome: [Assinatura]

MUNICIPIO: IRAUCUBA

UNIDADE DE SAÚDE:

NOME DO USUARIO:

SEXO: MALE | DATE/TIME: 07.02

SEXO: MALE DATE OF BIRTH: 1970-01-01

ESTADO CIVIL:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

MAE

संस्कृत भाषा का प्रयोग

FAMILIAR

☐ MENOS DE 1 SM

1-3 SM

WS 9-6 ☐

☐ MAIS DE 6 SM

II - ANAMNESE

1-ANTECEDENTES PESSOAIS

00000000

OUTROS:

2-AGRAVOS DE RISCO

ALCOOLISMO	☐
D. MENITA	☐

☐ SIDA (AIDS)

TABAGISMO

MEMORANDUM ☐

☐ HIPERTENSÃO

OUTROS:

3 - ANTECEDENTES

CHANCEY	☐
HENOCILL IV	☐

CARDIOPATHY

DIABETES	
----------	--

☐ TUBERCULOSE

II - VACINAÇÕES

DATA

V - ODONTOGRAMAS

1. EXAMINE

DATA

2^o EXAME

DATA

3^o EXAME

DATA

ORÇ.: EM AZUL, SERVIÇOS ENCONTRADOS; EM VERMELHO, OS SERVIÇOS A SEREM REALIZADOS.

1º EXAME	DATA	2º EXAME	DATA	3º EXAME	DATA
51 52 53 54 55 16 17 18 41 42 43 44 45 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15 21 22 23 24 25 31 32 33 34 35 46 47 48 11 12 13 14 15</					

TIPOS	A. PÓLIO	TRÍPLICE	A. SARAMPO	B.C.G.	A. TETÂNICA





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Dr. Francisco Sílvestre Dantas

150 surtos

Dr. Felipe Luiz

Surto de 10 de julho de 2015

Dr. André Carlos Medeiros
Médico
CREMEC 14.314

11.10.16

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECIBO 05 FEV 2016

Nome: 7

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

Plano 510920

- Amelax _____ 2/
cep 12/12 hrs.

- Ibuprofeno (Geom) _____ 15
cep 8/8 hrs.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A
RECIBO 05 FEV 2016
8
Nome: _____

11/1/16

Iroelma Lopez Yaque
Médica
RMS: 2300603
CPF: 067.744.901-86

[Signature]

PSF SEDE I - ESPERANÇA

**PREFEITURA MUNICIPAL
DE IRAUÇUBA****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****ATESTADO MÉDICO**ATESTO que o Segurado *Francisco Edson de Duda*

Portador da Carteira Profissional nº.

Série *2300603*, necessita de *05 (cinco)*

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

*CJD - M76-8***UNIDADE MISTA DE SAÚDE DE IRAUÇUBA**

Hospital ou Ambulatório

Irauçuba 11-01-88

Localidade e data

Ass. Do Médico

[Signature]
Iracema Lopes Yaque
Médica
RMS: 2300603
CPF: 062.744.901-88

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no Art. 86 do R G P S, Aprovado pelo Decreto nº 60.501, de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

**COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A**

RECEB O 5 FEV 2016

Nome: 9

DOCUMENTO 5 "T596"

MINISTERIO DE LA CULTURA

PH-011959479556

$$\frac{d}{dt} \left(\frac{\partial L}{\partial \dot{x}} \right) = \frac{\partial L}{\partial x}$$

아래쪽을 보면, 왼쪽부터 오른쪽으로

02156295309

9C2JC30707R082393

HOMER/CG 125 FAN

2007: 2007

TABLE

[illegible][illegible]

286.75	1.11	292.01	14/09/2015
--------	------	--------	------------

100-155555
 100-155555
 100-155555

21/09/2019

2015

view.dprzelsgo.mdot.msinfo.com, or
SACDPVAT 662 674 1234

2015 21/09/2015

147761B1

HONDA/CG 125 FALLO

3

U2J6C3D7U7KUBZ393

HEMO AFFAIRS

129.05

114-34

1193.38

q. 15

1

1292.01

44-38861-1000

1000

14/09/2015

LOT# 100-682886 / 33 LINDCREST VAL
MOTOR: JC30E7706239300014

• • • • •

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

None

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 14:41

ASL-0070906/16
alexandre.queiroz
30/01/2017 14:41

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DOS TRANSPORTES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011959479550

VEICULO: 90881195
COD. RENAVAM: 000000000003
EXERCÍCIO: 2015

FRANCISCO SILVANO DUTRA
TRAUCUBA/CE

02158295309
H76181

902JCG30707R082393

PAR/MOTOCICLO/HMO APPLIC.
HONDA/CG 125 FAN
28/12CV/124CC
PARTIC
PRETA

2007 2007

PREMIO TARIFARIO: 286.75
COT. PRE: 1.11
PREMIO TOTAL: 292.01
DATA DE INGRESSO: 14/09/2015

TRAUCUBA

30/01/2017

30/01/2017
alexandre.queiroz
14:41

PREV SEGUROS
REVIDÊNCIA S/A

05 FEV 2016

CE Nº 011959479550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
02158295309
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurosbrasil.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1234

90881195
HONDA/CG 125 FAN
2007

902JCG30707R082393

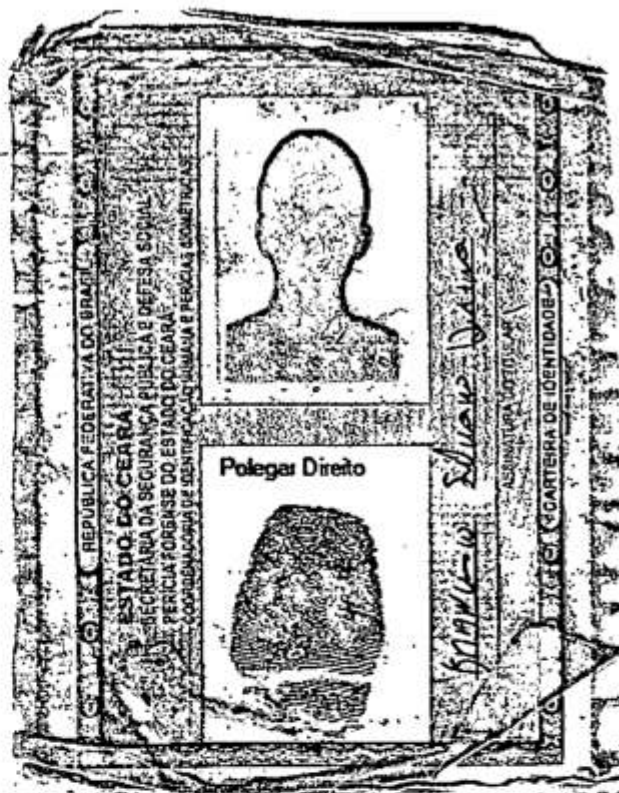
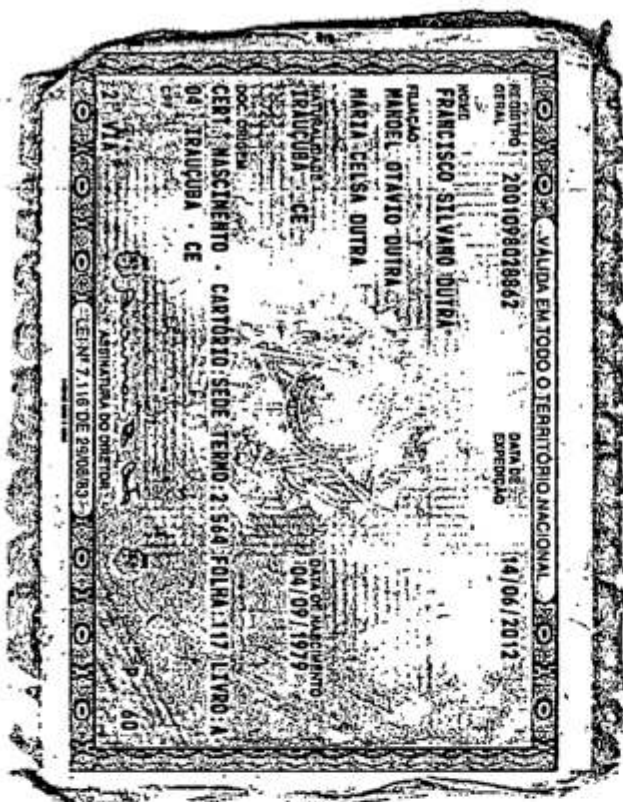
PREMIO TARIFARIO
CUSTO DO BILHETE (R\$) 129.04
COT. PRE: 1.11
CUSTO DO SEGURO (R\$) 143.38
TOTAL A RECEBER (R\$) 292.01
DATA DE EMISSÃO: 14/09/2015

PROPRIETARIO
LOTE/DESEMPENHO/IDENTIFICACAO
MOTOR: JC30E7978823300001-04-3
www.segurosdpvat.com.br

30/01/2017

30/01/2017
alexandre.queiroz
14:41

CÓPIA



DOCUMENTO 5 *T5%*



COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB O 5 FEV 2016

Nome

CÓDIGO DE CONTROLE
58F2.C9B6.0DF1.B92F

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 11:44:03 do dia 16/09/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
021.582.953-09

Nome
FRANCISCO SILVANO DUTRA

Nascimento
04/09/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Solicitação de Reanalise

Eu, FRANCISCO SILVANO DUTRA,

Portador (a) do RG: 2001098028862,

e CPF do nº 021.582.953.09.

Solicito a reanalise de meu processo de invalidez permanente de
numero de sinistro 31.60092412.

Visto que estou mandando um novo relatório informando o grau da
minha invalidez permanente.

Espero que os senhores compreendam a minha solicitação e assim
possa dar prosseguimento ao meu processo concluindo com a
MARCAÇÃO de perícia e conseqüentemente efetuando o pagamento da
indenização.

Atenciosamente

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
RECEBI	30 JAN 2017
Nome: _____	

STAPAJE (ce) 21 de DEZEMBRO de 2016

FRANCISCO SILVANO DUTRA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
Nº 011959479550
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA: 01 908811195 COD RENAVAM: 000000000000 INTC: 2015

FRANCISCO SILVANO DUTRA
IRACUBA/CE

02158295309
9C2JC30707R082393

02158295309
9C2JC30707R082393

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

HONDA/CG 125 FAN

2P/12CV/124CC

PARTIC

2007 2007

1º 2º 3º
1º 2º 3º

286.75 14.11 292.01

IRACUBA
21/09/2015

PREV SEGUROS
REVIDÊNCIA S/A

05 FEV 2016

CE Nº 011959479550 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2015 21/09/2015

02158295309
908811195

HONDA/CG 125 FAN

2007 09 9C2JC30707R082393

129.04 14.34 143.38

4.15 1.11 292.01

14/09/2015

PROPRIETARIO
LOTE/DESEMPENHO/DPVAT
MOTOR: JC30E790823933080001-04
www.segurodotransito.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170067186

Cidade: Irauçuba

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Data do acidente: 11/01/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Entorse de tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160092412 **Cidade:** Irauçuba **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO SILVANO DUTRA **Data do acidente:** 11/01/2016 **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/03/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: ENTORSE DE PÉ ESQUERDO E TRAUMA DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 60 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCO SILVANO DUTRA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à Rua ANTONIO IV DO SANTOS, nº 514, bairro ESPERANÇA, Município de ITAUCUBA, Estado de(o) CEARA, Cep.: 62620-000, portador(a) do Rg nº 200109302862, SSP/CE, e CPF nº 021.582.953-09.

Outorgado: José Ivan Teixeira Mota, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Aparentado, residente e domiciliado(a) à Rua Tabeleiro Lopes B. Figueira, nº 62, bairro Bommeiro Gomes, Município de Itapagé, Estado de(o) Ceará, Cep.: 62600-000, portador(a) do RG nº 277233987, SSP/CE, e CPF nº 135.813.668-86.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) FRANCISCO SILVANO DUTRA, ocorrido em 11/01/2016, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

ITAUCUBA - CE, 19 de DEZEMBRO de 2016.



Outorgante

CPF Nº 021.582.953-09

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

	Reconheço por ☐ semelhança ☒ autenticidade
	a(s) firma(s) <u>FRANCISCO SILVANO DUTRA</u>
	Dou fé. Itaucuba-CE <u>19 DEZ 2016</u>
	() BELA. CLÁUDIA REGINA NOGUEIRA - TITULAR () PEDRO RODRIGUES LIMA - SUBSTITUTO () RAIMUNDO SANTANA LIMA - ESCRIVENTE

Francisco Emanuel Lima Mendes
Escrivente Autorizado

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI

30 JAN 2017

Nome:

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8555937

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Março de 2016

Carta nº: 8765329

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 24 de Março de 2016

Carta nº: 8913987

A/C: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412 ASL-0070906/16
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/02/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **11/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusiva

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2016

Carta nº 9738595

a/c: FRANCISCO SILVANO DUTRA

Sinistro: 3160092412 ASL-0070906/16
Vitima: FRANCISCO SILVANO DUTRA
Data Acidente: 11/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

