
Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**

Nº Sinistro: **3180564799**

Vítima: **FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**

Data do Acidente: **20/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564799**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1769-8

CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01047

CONTA: 000000041308-0

Nr. da Autenticação C7EE98AB72C66FA9

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180564799 **Cidade:** Fortaleza **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO WALDNER DE BRITO **Data do acidente:** 20/06/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
BEZERRA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA DO OMBRO DIREITO COM LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR.
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO OMBRO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: **CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DO DR JOSE GONÇALVES ROSA NETO, CRM-15488,
DATADO EM 05/12/2018, PÁGINA 01.

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 ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro do ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:
Francisco Waldner de Britto Bezerra

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2012

Nome completo:

Francisco Waldner de Britto Bezerra

CPF:
79664776300

Profissão:

Autônomo

Endereço:

Rua Suíça

Número:
150

Complemento:
AP 301 QDB

Bairro:

Maraponga

Cidade:

Fortaleza

Estado:

Ceará

CEP:

60211035

E-mail:

Tel. (DDD):
95988701298

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (241)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Name do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1047

CONTA: 00041308

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CIVI) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companionheira(a): Sim Não Se a vítima deixou companionheira(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderão gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Francisco Waldner de Britto Bezerra

Investprev Seguradora S/A.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

30 NOV 2018

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/10/2018 09:36:14**
Data / Hora da Ocorrência: **20/06/2018 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALBERTO NEPOMUCENO , 78**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AO DA SEFAZ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**
Nascimento: **02/01/1978** CPF: **796.647.763-00**
RG: **95019000053** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **LUSIRENE DE BRITO BEZERRA**
FRANCISCO WAGNER BEZERRA
Endereço: **RUA ANTONIO SIMOES , 597 AP 107**
Bairro: **SERRINHA** CEP: **60.741-270**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 99777-7148**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCC0788** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110BR823370** Renavam: **354006282** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LOCADORA DE AUTOS BRASIL LTDA ME** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OIL0075** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGRG08F0CG343164** Renavam: **477524800** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CELTA 1.0L LS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **Preta** Proprietário: **FRANCISCO VALTERLI GONCALVES MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCC-0788-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. ALBERTO NEPOMUCENO; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OIL-0075, QUE VINHA A SUA FREnte NA VIA E COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA VINHA LOGO ATRÁS E AO TENTAR MUDAR DE FAIXA, ESTE VEICULO CITADO MUDOU TAMBÉM PARA A MESMA FAIXA E OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO QUE VINHA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECIU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///
Investigado Seguradora S/A.
OBS.: Falsa comunicação é crime previsto no art. 340 do CPB.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Marcelo Wilder da Ribeiro*

VISTO DO DELEGADO(A) :
JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/10/2018 09:36:14**
Data / Hora da Ocorrência: **20/06/2018 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALBERTO NEPOMUCENO , 78**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AO DA SEFAZ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA**
Nascimento: **02/01/1978** CPF: **796.647.763-00**
RG: **95019000053** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **LUSIRENE DE BRITO BEZERRA**
FRANCISCO WAGNER BEZERRA
Endereço: **RUA ANTONIO SIMOES , 597 AP 107**
Bairro: **SERRINHA** CEP: **60.741-270**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 99777-7148**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **OCC0788** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110BR823370** Renavam: **354006282** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **LOCADORA DE AUTOS BRASIL LTDA ME** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **OIL0075** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGRG08F0CG343164** Renavam: **477524800** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **CHEVROLET/CELTA 1.0L LS** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **Preta** Proprietário: **FRANCISCO VALTERLI GONCALVES MARTINS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA OCC-0788-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. ALBERTO NEPOMUCENO; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS OIL-0075, QUE VINHA A SUA FREnte NA VIA E COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA VINHA LOGO ATRÁS E AO TENTAR MUDAR DE FAIXA, ESTE VEICULO CITADO MUDOU TAMBÉM PARA A MESMA FAIXA E OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO QUE VINHA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECIU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DO ANTONIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///
Investigado Seguradora S/A.
OBS.: Falsa comunicação é crime previsto no art. 340 do CPB.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018151261

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4394 / 2018

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Marcelo Wilder da Ribeiro*

VISTO DO DELEGADO(A) :
JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9





DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. Francisco Waldner de Brito Bezerra - C.P.F. 796.647.763-00, no dia 20/06/2018, às 14h17min, na Avenida Alberto Nepomuceno, no Bairro Centro, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

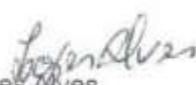
Documento requerido por meio do Processo nº P375088/2018.

Fortaleza, 04 de outubro de 2018.

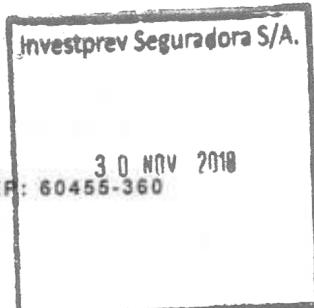
Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1


Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



INFORMAÇÕES

1184216-4

Para aplicar seu desconto, utilize o código
ENTRENAQ ou entreneq para consumo de energia.

Lei nº 10.438
Foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valério, 150
CEP 60106-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 02.047.261/0001-70 | CGF 09.106.846-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 484638304

Reta 00 01210 48 045400 - 5 Data de Emissão 11/07/2017

Nome LUSIRENE DE BRITO BEZERRA

End. Postal RUA SUICA 00120 AP 301 BL 04 QD B
MARAPONGA - FORTALEZA - 66711015

Medidor 5430251

Porte 2337 H195

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,60

RG / CPF / CNPJ 081112353-72

CGF

Nome da Responsável

DETALHES

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
JUL/2017	11/07/2017	10/08/2017

TABELA DE UNIDADES DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Unid. B17	Unid. 3,48
Mês	B17 (0,68)	3,48 (0,68)

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
114,17	27,00%	30,92

Padrão individual

Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual
DIC	3,17	9,51	12,70	8,80	26,40
FIC	3,17	9,51	12,70	8,80	26,40
DMIC	2,16	6,48	8,00	6,48	19,44

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.1258.0008.700.907.000 500 1002

8133.125

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CICERA FERNANDA PIRES SILVA,
RG nº 200103062194 data de expedição 30/08/2001
Órgão SSP CE, portador do CPF nº 001048573-23, com
domicílio na cidade de ITAPIÚNA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA FIRMINO ANTUNES, nº 511,
complemento CENTRO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Franckes Walden de Britto B cujo o condutor era
Franckes Walden de Britto Bezerra.

Veículo: Motocicleta

Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2013

Placa: OC CO788

Chassi: 9C2JC4JJOBR823370

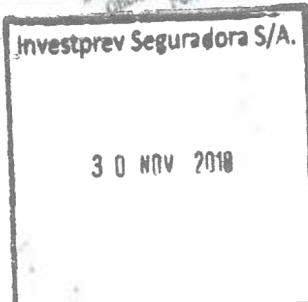
Data do Acidente: 30/06/2018

Local e Data: Fortaleza, 05 de outubro de 2018

Assinatura do Declarante

CARTÓRIO
JEREISSATI

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

ASS. /COREN: *Futuro*

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE: *Pronto-socorro de Antônio Prado* BOLETIM EMERG: _____
 LIBERADO RECUA REMOVIDO POR TERCEIROS OUTRO: _____

ÓBITO → NO LOCAL DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:
 ASS. DO RESPONSÁVEL: *[Signature]*

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRÍÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUA

EU,

Investprev Seguradora S/A
RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

30 NOV 2010

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA		Nº DO PRONTUÁRIO 175130	Nº DO SE 223548
CADÚSUS		SEXO M	RACA/COR PARDO
NOME MAE LUSIRENE DE BRITO BEZERRA		NASCIMENTO 02/01/1978(40 ANOS)	
ENDERECO RUA ANTÔNIO SIMÕES 597 SERRINHA		NAME REPROVAVEL USB 91	MUNICÍPIO FORTALEZA
CONTATO (85)99777-7148		UF CE	CEP 60.741-270

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
QUEIXA SEGUNDO SAMU, COLISÃO MOTO E CARRO. APRESENTA DOR EM OMBRO DIREITO E JOELHO ESQUERDO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		
SINTOMAS DOR EM OMBRO DIREITO E JOELHO ESQUERDO		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT DE NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIA/S NI			
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSIRENE SILVA FREIRE			DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 20/06/2018 15:02

ÁREA DE ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO ATENDIMENTO TRAUMA	ATENDIMENTO MÉDICO
-------------------------------------------	--------------------

ANAMSESS

Paciente relato acidente de moto com L.A.C a direito dor no ombro e joelho

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	ID
SINT/ SOLUÇAO: <input checked="" type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIOS-X		
		() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Inhalo p/170 Cenégas</i>		

TIPO DE ALTA/BAIXA	
ALTA/BAIXA: <input checked="" type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO:	<i>Cicatrização 1 apos 48 horas</i>
DESTINO DO CORPO: <input checked="" type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL	<i>Transportado para o hospital de especialista</i>
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	

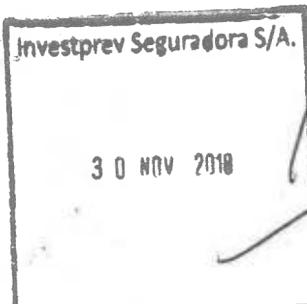
Impresso por ROSIRENE SILVA FREIRE em 20/06/2018 às 15:02:36

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.

Francisco Waldner de Brito Bezerra

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Márcio Ranhos
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEAM



R- 870881/8
End. Pach R. Ante Simões 997 Ferninha 99444-9308

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB-91	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0562
DATA: 20/06/18	TURNO: UT	EQUIPE: Fernanda + Giovani
NOME: Francisco Walfher de Brito Bezerra		IDADE: 40
ENDERECO: Alberto Nepomuceno 78		SEXO: Masculino
REFERÊNCIA: Defaz	BAIRRO: Centro	
QTY: 14.02	QUS: 14.17 / 14.30	QUY: 14.55
QUU:		

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)	
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE	<input checked="" type="checkbox"/> PRESENTE		
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE		
A Vias Aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVEAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:		
B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/AUSENTE	INSPEÇÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:	CÂUSCUTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA:
C Circulação	PULSO <input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input checked="" type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	PELE <input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input checked="" type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	ENCHIMENTO CAPILAR <input checked="" type="checkbox"/> < 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	SANGRAMENTO EXTERNO <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
D Neurologia	ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 À VOZ <input type="checkbox"/> 3 À DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1 TOTAL:	RESPOSTA VERBAL ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA	<input checked="" type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1	DESEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6 LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5 MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4 FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3 EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1
E Lesões	ADULTO 	LESÕES DTW-Di=10thelio,	PEDIÁTRICO 	

SAMPLA

FC: PA: FR: GUC: OXIM.: TEMP.:

Pac. I vitímo de colisão moto carro consciente orientado desorientado
 portava capacete que só tinha sido retirado apresenta hematomas na
 ombros. Dificuldade respiratória e alterações do pulso.

Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2018



Projeto Saúde e Fé.

José Gonçalves Rosa Neto

Médico - CRM 15488

RECEITUÁRIO

NOME Franusio WALDNER DA BAIRRO BEZERRA

ENDEREÇO: Rua Antônio Simões, 597 apt 107
Bairro Serrinha - Fortaleza - CE

LAUDO MÁDICO

Paciente supostamente sofreu acidente de trânsito, estreçado sobre moto x esquerdo, no dia 20/06/18, com ocorrência no Belém do Ceará, hospitalizado e Belém no período. O exame físico evidenciou cicatriz na clavícula direita, paciente relata que foi submetido a um procedimento cirúrgico, para fixação dos ligamentos da clavícula, seu esqueleto ósseo do lado afetado, dor no superior, dificuldade de realizar os movimentos do ombro direito, gosta em sítios de diversão nesta data, e comprometimento funcional dos movimentos do ombro direito até 50%.

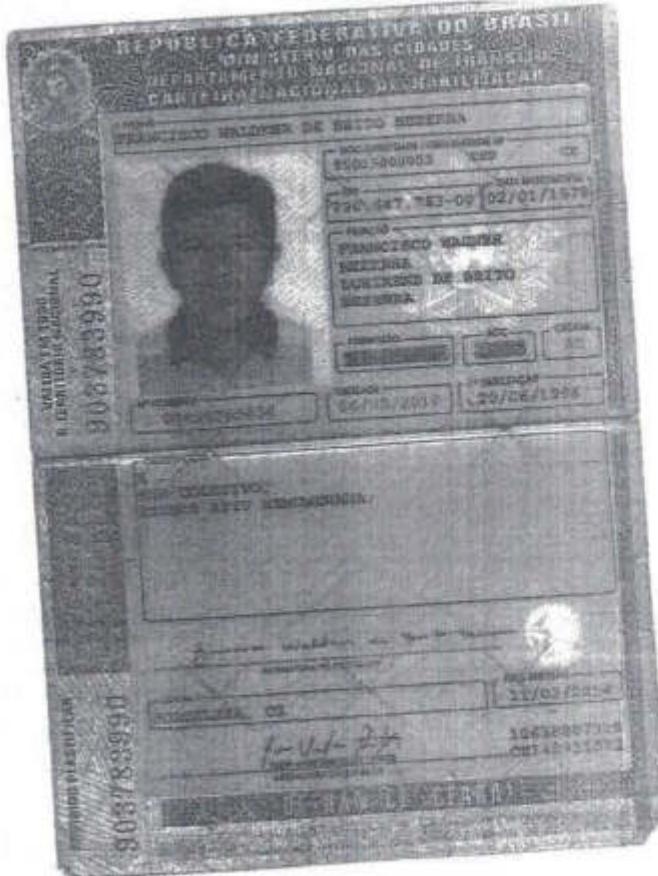
Fortaleza 05 de dezembro de 2018


JOSE GONCALVES ROSA NETO
Diretor Clínico
CRM - 15488

Investprev Seguradora S/A

21 DEZ 2018

CNPJ: 42.366.302/0001-28



Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETAN - CE N° 013867133815
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM BN/RC EXERCÍCIO
PFT 01 00354006282 0000000000 2017

NOME
LOCADORA DE AUTOS BRASIL LTDA ME

FORTALEZA /CE

CPF/CNPJ PLACA
07039536000160 CCC0788/CE

PLACA ANT./UE CHASSI
/CE 9C2JC4110BRB23370

ESPECIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN KS 2011 2011

CAP / POT / QL CATEGORIA COR PRIMORDIANTE
2P/0CV/124CC PARTIC VERMELHA

I COTA ÚNICA	P VENC. COTA ÚNICA	P VENC. COTA ÚNICA
P *****	P *****	P 1. *****
V FAIXA IPVA	P PARCELAMENTO / COTAS	P 2. *****
A *****	P *****	P 3. *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
FORTALEZA 10/10/2017

Igor Pontes
Superintendente



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE N° 013867133815 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 10/10/20

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 07039536000 CCC0788

RENAVAM MARCA / MODELO
00354006282 HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. FAIXA IPVA N° CHASSI
2011 09 9C2JC4110BRB23370

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
81,29 9,03 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAIS PAGO (R\$)
4,15 0,7 185,5

PAGAMENTO DATA DEQUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 09/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.348.008/0001-04

MOTOR: JC41E1BBB23370

004:



Investprev Seguradora S/A.

30 NOV 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434133/18

Número do Sinistro: 3180564799

Vítima: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

CPF: 796.647.763-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/06/2018

Titular do CPF: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/12/2018

Nome: FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA
CPF: 796.647.763-00

Data do cadastramento: 21/12/2018

Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

FRANCISCO WALDNER DE BRITO BEZERRA

ANDERSSON COSTA SILVA