

Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2017

Carta nº: 11502291

A/C: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170444754 ASL-0310674/17

Vítima: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

Data Acidente: 21/11/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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.seguradoralider.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.seguradoralider.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, 17 de Agosto de 2017

Carta nº: 11502292

A/C: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170444754 ASL-0310674/17

Vitima: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

Data Acidente: 21/11/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **10/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **21/11/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório 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 SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

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.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

Nº Sinistro: 3170444754
Vítima: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA
Data do Acidente: 21/11/2015
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Senhor(a),

Após a análise no sinistro cadastrado sob o **número 3170444754**, verificamos a existência de irregularidades, por essa razão o seu pedido de indenização foi negado.

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





Seguradora

LÍDER

Autorização de pagamento



DO SINISTRO

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

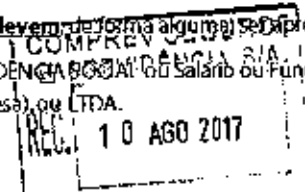
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Julio Bruno Parente Inanca
 PORTADOR(A) DO RG Nº 05936706120 EXPEDIDO POR Detrão - CE EM 09/02/2015
 CPF 0509981363-10 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Agricultor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Julio Bruno Parente Inanca 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 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 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 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00000000000000000000

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3512 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2460-1

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.

Fongailha 27 de julho de 2017
 LOCAL E DATA

Julio Bruno Parente Inanca
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 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 Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

167-602591560-6

10/JUN/2017

HORA DE 12:58:20

LOT: 05, 10142-0

TERM: 031328

LOCALIDADE: FORQUILHA

RG, VINCULADA: 0554

CONTROLE: 501222325

DEPÓSITO EM DINHEIRO

3572 013 00002460-1

JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

VALOR

5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

167-602591560-6

12 VIA

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
REC.	10 AGO 2017
Nome: _____	

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DGPC/DPI/UNIDADE POLICIAL DE FORQUILHA-CEARÁ.



QUEIXA Nº021/2016.

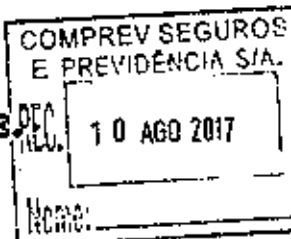
Forquilha-CE, 12 de Janeiro de 2016.

QUEIXOSO: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

ENDEREÇO: Trapiá-Distrito de Forquilha-CE

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de trânsito

LOCAL DA OCORRÊNCIA: CE 362-Rasteira-Forquilha-CE



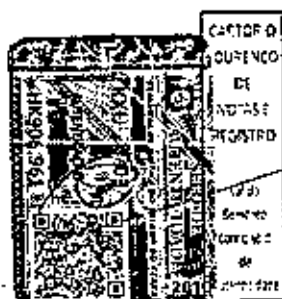
HISTÓRICO

Registra o queixoso, dizendo que no dia 21 de Novembro de 2015, trafegava no sentido Rasteira a Forquilha-CE dirigindo uma motocicleta Honda, XRE 300, vermelha, 2014, placa número OR07708-CE, de propriedade de Manoel Renan Ximenes Matos, sendo que na localidade de Rasteira em Forquilha-CE, perdeu o controle de direção, tendo caído ao solo com lesões, tendo sido socorrido para a Santa Casa de Sobral-CE, somente no dia 23 de Novembro de 2015 por falta de leito. Nada mais houve.//////////.

021/2016

DELEGADO: Manoel Renan Ximenes MatosQUEIXOSO: Julio Bruno Parente FrancaESCRIVÃO: Angela Cristina de S. Ferreira

Mat. 1287e

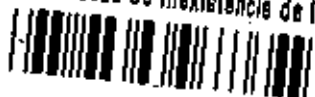


Atestamos para os devidos fins a presente e para
reprodução da original que me foi apresentada
em Cartório pela parte interessada.

Deu fe. 28/07/2017
Cetumã-ME.
Em testemunho da verdade

MARIA ANITA DE SOUZA AZEVEDO
Título
ANGELA CRISTINA DE S. FERREIRA
Esc. Substituta

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

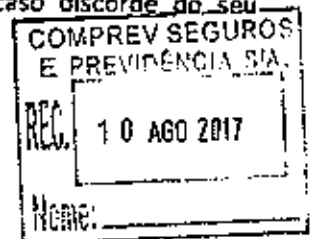
Declaração de Inexistência de IML


Eu, Julio Bruno Parente Franco, portador da carteira de identidade nº 05986706/20 e inscrito no CPF/ME sob o nº 059.998.563-10 residente e domiciliado na LDB Forquilha Trópica, zona Rural Cidade Forquilha Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML 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 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 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 do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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



Julio Bruno Parente Franco

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Forquilha - ce 28.07.2017

Local e data



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

VEND. 12/03/17 DT. 12/03/17 00:44
PATR. 00000000000000000000
NOME JULIO EDUARDO FERREIRA
NOME 12345678901234567890
JULIO EDUARDO FERREIRA
NOME 12345678901234567890
NOME 12345678901234567890
NOME 12345678901234567890

Comprovação de ato declaratório



12/03/17

CE-SEP: 62115000

ATENDIMENTO ADULTO

PEDIÁTRIA

QUIRÚRGICO

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HORA

08:40

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSE SIM

CAUSAS:

- ☐ ENCAIMADA
- ☐ NÃO INICIA CONSULTA
- ☐ NÃO INICIA
- ☐ POSITIVO
- ☐ NÃO RESOLVEL

NÃO CAUSAS:

- ☐ NÃO EFICIENTE
- ☐ É LONGE
- ☐ NUNCA TEM
- ☐ TEMPO
- ☐ SAMI
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMENDAR
- ☐ OUTRA
- ☐ MOTO

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

UBS

Foiquilha

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa K. Montenegro
COORDENADORA

HDA DO ACOLHIMENTO:

*Pac; 22 anos; (SSC) piloto queda de moto, em 48h;
pulso alto em pulso (E); opressão no tórax e
limitações de movimento*

PA: PULSO: FR: TEMP: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental
- ☐ Queimaduras: 1º Grau 2º Grau 3º Grau Por
- ☐ Atropelamento: Carro Moto
- ☐ Carro com cinto sem cinto
- ☐ Mordedura de animais: Doméstico Selvagem
- ☐ OUTROS
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Afogamento
- ☐ Produto químicos/farmacológicos
- ☐ Bicicleta
- ☐ Moto: com capacete sem capacete
- ☐ Alcool
- ☐ Elét

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio
- ☐ Via Pública
- ☐ Outros

PREV SEGUROS
PREVIDÊNCIA S/A
21 SET 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, Julio Bruno Parente FrancaRG nº 05986706120, data de expedição 05/02/2015 Orgão Detran-CE

CPF nº 059.998.563-10, 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:

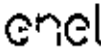
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>LOR Jonquilha Turpisa</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Jonquilha</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>62.135-000</u>
Telefone de Contato	<u>(48)99258-1233 / 3686-1370</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Jonquilha - CE 28.07.2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
REC.	10 AGO 2017
Nome: _____	

Assinatura do Declarante: Julio Bruno Parente Franca

	COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06.105.848-3		Nota Fiscal Grupo B Série Única - 1																		
			NÚMERO 486.343.339																		
DADOS DA ENTREGA																					
ENDEREÇO: LDR FORQUILHA TRAPIA 00000 BAIRRO: MUNICÍPIO: FORQUILHA		CEP: 62115000 ESTADO: CE																			
RECIBO DE SEGUNDA VIA DE CONTA - SVI		CENTRO OPERATIVO																			
		SOBRAL																			
Nº DO CLIENTE: 1486583 MUNICÍPIO: FORQUILHA NOME: LUZIA PARENTE FRANCA ENDEREÇO: LDR FORQUILHA TRAPIA 00000		DV: 1 ROTA: 36 32201 05 048750 - 9 PERÍODO / REF.: 07/2017 VENCIMENTO: 01/09/2017 FATURAMENTO: 25/07/2017 CLASSIFICAÇÃO: T:93 C:04 S:10 CEP: 62115000																			
DOC.: C.P.F. - 00000000000859597313-04		SEQUENCIAL:																			
GRANDEZA		CÁLCULOS																			
<table border="1"> <tr> <td>FAT</td> <td>LIDA</td> </tr> <tr> <td>ENERGIA ATIVA - KVA</td> <td>79</td> </tr> <tr> <td>ENERGIA ATIVA - KVA HR</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DEM FAT KW FP</td> <td>0,00</td> </tr> <tr> <td>FATOR DE POTÊNCIA</td> <td>0,0000 %</td> </tr> <tr> <td>CONS. INCLUIDO</td> <td>0</td> </tr> </table>		FAT	LIDA	ENERGIA ATIVA - KVA	79	ENERGIA ATIVA - KVA HR	0	DEM FAT KW FP	0,00	FATOR DE POTÊNCIA	0,0000 %	CONS. INCLUIDO	0	VALOR CONSUMO DO MES 28,60 ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,21)							
FAT	LIDA																				
ENERGIA ATIVA - KVA	79																				
ENERGIA ATIVA - KVA HR	0																				
DEM FAT KW FP	0,00																				
FATOR DE POTÊNCIA	0,0000 %																				
CONS. INCLUIDO	0																				
LEITURAS																					
<table border="1"> <tr> <td>ATUAL</td> <td>ANT</td> </tr> <tr> <td>ENERGIA ATIVA - KVA</td> <td>18680</td> </tr> <tr> <td>ENERGIA ATIVA - KVA HR</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>DEMANDA FP</td> <td></td> </tr> </table>		ATUAL	ANT	ENERGIA ATIVA - KVA	18680	ENERGIA ATIVA - KVA HR	0	DEMANDA FP													
ATUAL	ANT																				
ENERGIA ATIVA - KVA	18680																				
ENERGIA ATIVA - KVA HR	0																				
DEMANDA FP																					
ICMS																					
BASE CÁLCULO 28,60 % 00,00 VALOR 0,00																					
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL																					
5DFD.B4C0.1909.03A9.6BF3.BC66.FFDE.7667																					
INFORMAÇÕES																					
CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE A CONTA PAGA APÓS A DATA DO VENCIMENTO SOFRERÁ MULTA E PODERÁ PROVOCAR A SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO. PAGUE SUA CONTA SOMENTE EM BANCOS E AGÊNCIAS AUTORIZADAS. A COBRANÇA DE EVENTUAL MULTA POR ATRASO DE PAGAMENTO SERÁ FEITA EM CONTA POSTERIOR. NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA. Você possui conta(s) em atraso (Ref: 05/2017 Valor R\$ 34,25). A Inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 e/o 172) e o envio de informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO e CARTÓRIO DE PROTESTO. Poderá ser efetuada a venda de disponibilidade no ciclo que ocorrer a suspensão do fornecimento ou a religação da UC, Res. ANEEL 414/10 Art. 172. Abaixo, detalhes do débito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.																					
<table border="1"> <tr> <th colspan="6">DEBITOS VENCIDOS: - Fatura Paga</th> </tr> <tr> <th>Referência</th> <th>Valor</th> <th>Referência</th> <th>Valor</th> <th>Referência</th> <th>Valor</th> </tr> <tr> <td>05/2017</td> <td>34,25</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				DEBITOS VENCIDOS: - Fatura Paga						Referência	Valor	Referência	Valor	Referência	Valor	05/2017	34,25				
DEBITOS VENCIDOS: - Fatura Paga																					
Referência	Valor	Referência	Valor	Referência	Valor																
05/2017	34,25																				
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		TOTAL A PAGAR 28,60																			
		PERÍODO / REF 07/2017 VENCIMENTO 01/09/2017 MUNICÍPIO FORQUILHA ROTA 36 32201 05 048750 - 9 TOTAL A PAGAR 28,60																			
COMPROVANTE COELCE Nº DO CLIENTE 1486583-1		0001486583 00515 4357 2 73 83850000000-8 28600031000-0 00014865830-0 05154357273-5																			
SEGUNDA VIA-SVI(43)																					



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MANOEL RENAN XIMENES MATOS,RG nº 2003031090309, data de expedição 06/11/2003Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 041.412.233-97, comdomicílio na cidade de FORQUILHA, no Estado deCEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)DISTRITO DE TRAIÁ, nº 82,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JULIO BRUNO PARENTE FRANCA cujo o condutor era

Veículo:

Modelo:

Ano:

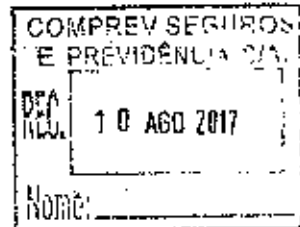
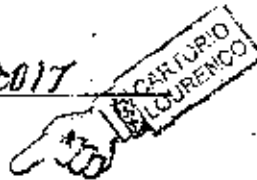
Placa:

Chassi:

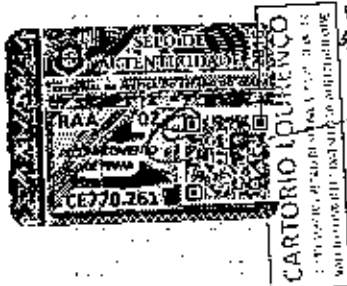
Data do Acidente:

Local e Data: Caturva - CE 28/07/2017x Manoel Renan X. Matos

Assinatura do Declarante



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



Reconheço esta assinatura: Manoel Renan X. Matos

Cidade-CE 28/07/2017

Em testemunho _____ da verdade

MARIA ANITA DE SOUSA REVEDO
Tribunal

ANGELA CRISTINA DI S. FERREIRA
Esc. Substituta



SANTA CASAS
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

08:46

CIAL 21 0517

94548886

-CE- CEP: 62115000

ATENDIMENTO: ADULTO

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: *baixo*

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 08:40

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A

10 AGO 2017

NÃO CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO
☐ TEM PLANO DE SAÚDE
☐ SAMU
☐ CARRO
☐ DEAMBULANDO
☒ OUTRAS AMBULANCIAS
☐ MOTO, BICICLETA...

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:☐ UBS*Forquilha*

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

HDA DO ACOLHIMENTO:

*Pac; 22 anos; (SIC) relata queda de moto; via 48hrs;
 julga-se algo em punk (E); apresenta edema e
 limitações de movimento*

PA: *1* PULSO: *70* FR: *18* TEMP.: *36,5* PESO: *60*

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde? ☐ Produto químicos farmacêuticos
☐ Ingestão accidental: ☐ Corpo estranho ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elét
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Bicicleta ☐ Outros
☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☒ Moto: ☐ com capacete ☒ sem capacete
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Selvagem ☐ Ofídico
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Outros
☐ OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE: *Julia Bruno Parente Inanaco*☐ Domicílio☐ Via Pública☐ Escola☒ Outros

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☒ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: _____

CONFERE: _____
 Santa Casa de M. de Sorocaba
 ANDRÉ K. MONTEIRO
 COORDENADOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA	
DOC. CIVIL / OUT. PASSAP. / 2009090046389 ESP CE	
CPF: 059.998.563-10 DATA NASCIMENTO: 27/09/1993	
RAZÃO: RAIMUNDO MORAIS DO NASCIMENTO FRANCA LUIZA PARENTE FRANCA	
PROFISSÃO: ACC CATEGORIA: AB	
AP. SEGURO: 05986706120 VALIDEZ: 20/09/2018 1ª EMISSÃO: 28/01/2014	
OBSERVAÇÃO: SEM OBSERVAÇÃO:	
<i>Julio Bruno Parente Franca</i> Assinatura do titular	
LOCAL: SOBRAL, CE DATA: 05/02/2015	
<i>(assinatura)</i> 97816303248 Assinatura do agente CE145986192	
DETALHES (CÓPIA)	
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 972358741	972358741

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 10 AGO 2017

NOME:

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

13-1



QUINTA DÍGITO



Manoel Renan Ximenes Matos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

000003031090309 6/11/2003

MANOEL RENAN XIMENES MATOS

MANOEL SEBASTIAO XIMENES MATOS
E LUCILENE XIMENES MATOS

GROAIRAS-CE 12/3/1989
CERT. NASC. 5461 L A 6 F
86 GROAIRAS/CE

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 10 AGO 2017

Nome:

DECLARAÇÃO

Devido a exigência da Seguradora Líder – DPVAT, de que o(a) beneficiário(a) beneficiário(a) do seguro DPVAT que possui conta bancária na CEF apresente documento do banco, declarando que a conta não possui quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização do DPVAT, o(a) abaixo assinado declara:

A CEF nega através de suas agências a emitir tal documento. Por isso, o (a) declara por si, sob sua responsabilidade, para efeitos de créditos referente a indenização do seguro DPVAT, que a conta apresentada à Seguradora Líder – DPVAT, em seu nome, não possui impedimento algum para a realização de tal depósito.

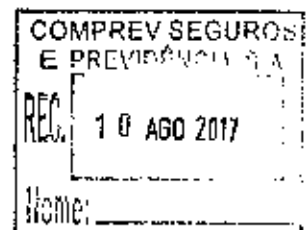
Forquilha – Ce, 28 de julho de 2017.

Julio Bruno Parente Franca

Nome: Julio Bruno Parente Franca

CPF: 059.998.563-10

Conta CEF n.º 2460-1 Agência n.º 3572



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0310674/17
Vítima: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA
CPF: 059.998.563-10

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 21/11/2015
Titular do CPF: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



JULIO BRUNO PARENTE FRANCA : 059.998.563-10

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/08/2017
Nome: JULIO BRUNO PARENTE FRANCA
CPF/CNPJ: 059.998.563-10

JULIO BRUNO PARENTE FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/08/2017
Nome: WILLAME SAMPAIO SILVA
CPF: 043.682.673-97

WILLAME SAMPAIO SILVA