



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01410649-3** em **27/08/2020 13:09:18**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0244852-85.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01410649-3
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 27/08/2020 13:09:18

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2745797_CONTESTACAO_03 - 1-11.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2745797_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-12.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

Desenvolvido pela Softplan em parceria com o Tribunal de Justiça do Ceará

Rio de Janeiro, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150525

Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Data do Acidente: 04/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200150525

Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Data do Acidente: 04/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **341**

Agência: **000008279**

Conta: **0000050481-8**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 626.243.503-49	Nome completo da vítima Francisco Edson Silva de Brito
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Edson Silva de Brito		CPF titular da conta 626.243.503-49	Profissão Autônomo
Endereço Travessa Boa Esperança		Número 1161	Complemento Casa
Bairro Romãozinho	Cidade Fortaleza	Estado CE	CEP 60.520-802
Email			Telefone (DDD) (85) 3226-1683

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018
Local e Data



Francisco Edson Silva de Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

626.243.503-49

Nome completo da vítima

Francisco Edson Silva de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO. D/V
 (Informar dígito se existir)

BANCO
 Nome NRO.
 BANCO ITAÚ 341

AGÊNCIA
 NRO. D/V
 8279 (Informar dígito se existir)

CONTA
 NRO. D/V
 50481 8 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jatobá, 11 de Abril de 2018
Local e Data



x Francisco Edson Silva de Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

626.243.503-49

Nome completo da vítima

Francisco Edson Silva de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018

Local e Data

INVESTPREV
SEGURADORA S/A



25 MAIO 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ENTRADA

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

626.243.503-49

Nome completo da vítima

Francisco Edson Silva de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO.
BRUNO ITAÚ	341
AGÊNCIA NRO.	D/V
8279	
CONTA NRO.	D/V
50481	8
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018

Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

Francisco Edson Silva de Brito

19 OUT. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

626.243.503-49

Nome completo da vítima

Francisco Edson Silva de Brito

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome	NRO.
BRUNO ITAÚ	341
AGÊNCIA NRO.	D/V
8279	
CONTA NRO.	D/V
50421	8
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018

Local e Data

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 626.243.503-49	Nome completo da vítima Francisco Edson Silva de Brito
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 11 de Abril de 2018
Local e Data



x Francisco Edson Silva de Brito
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

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

Complemento:

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

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

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

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Francisco Edson Silva de Brito

CPF da Vítima

626.243.503-49

Data do Acidente

04/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Sontolize, 11 de abril de 2018

Local e Data



X Francisco Edson Silva de Brito

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Francisco Edson Silva de Brito

CPF da Vítima

626.243.503-49

Data do Acidente

04/04/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

85 988 701 298

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Santolze 11 de Abril de 2018

Local e Data

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 17 ABR 2018

Nome:

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018 - 1 - Assinatura do Beneficiário

Bruto

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**Prefeitura de
Fortaleza**

HOSPITAL DISTRI

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

REGISTRO DE A ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

DADOS PESSOAIS

CADASTRO

NOME DA
MARIA GORETI ROCHA DA SILVA

ENDEREÇO
RUA CARLOS CHAGAS 130 BONSUCESSO

CONTATO

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

Nº DO PRONTUÁRIO
204454

Nº DO BL
207637
SEXO
M
RAÇA/COR
PARDO

CITY
FORTALEZA

UF
CE

CEP
60.541-704

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/ACIDENTO - FRENTE

OCORRÊNCIA

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

LACERACÃO DE RISCO
DRIL DIREITO E BRAÇO DIREITO

OR

MOTIVO
AValiação TRAUMATOLÓGICA

SINTOMAS
NI

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

PESO
NI KG

TEMPERATURA
NI °C

CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERTIDADE
NEGA

SINAIS VITAIS

SAT O₂

NI%

PULSO
NI

GLUCOSE
NI

RECONHECIMENTO PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA

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

ÁREA DE ATRIBUIÇÃO
TRAUMATOLOGIA

ÁREA DE ATRIBUIÇÃO

ANÁLISE

ANÁLISE MÉDICA

Fatura do cotovelo

CÓPIA

SÍMBOLOS

SÍMBOLOS

() HC () SU () US

DOMINIAL

() TO CRANIO

RAÇA

303070227

() OUTROS

MÉDICAMENTO

ESCRITURA MÉDICA

APAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

R. cotovelo D. AP. P.

R. cotovelo D. AP. P.

to longe
Presença de

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 8258 - R.OT 1180

ALTA/BAIXA

PO DE ALTA/BAIXA

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

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

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

DATA E HORA DO ATRIBUIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por maria helenita moreira da rocha em 04/04/2018 às 20:48:18
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Penal.

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

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 8258 - R.OT 1180
FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08279

CONTA: 000000050481-8

Autenticação:

A389FF3295A52D6769625144016615C5EAC1257690BF76E9229BA168B7AE8FF8

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

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



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

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

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Inst.	Cons. Fix.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
FP 11658	11454	1,00	204	0,06		0,4367	89,29	7,00	
						0,4367	89,29	26,22	
						0,4367	89,29	13,76	
24-03-18	23-02-18		29 DIAS		204				96,57

DESCRIÇÃO		VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES		98,57
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079		10,55
MULTA MORATORIA REF 12/2017		1,92
CORRECAO MONETARIA DO MES		0,08
JUROS DO MES		1,10
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL		10,97
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA		1,73
COB. CREFAZ 0800 052 5051 10/12		96,29

04/04/2018		TOTAL A PAGAR (R\$)		221,21										
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)												
Energia	33,57	166	204	185	213	187	217	183	196	170	168	157	176	187
Transmissão	24,00													
Distribuição	24,00													
Encargos Setoriais	1,00													
Tributos (PIS, COFINS)	43,24													
TOTAL	110,85													

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

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso. Segue o detalhamento do faturamento. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após o envio desta, conforme previsto na Lei ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

DEBITOS ANTERIORES	
Mês/ano	Valor R\$
03/2018	200,55
Total	200,55

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

Fere o mês de março-18 e portanto será verde, sem custo para os consumidores. Mais informações em www.aneel.gov.br

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

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



821711-4

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

Lei criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07041291/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

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

518720823

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

DATAS

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

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
Conjunta	99,99	Individual	99,99	Individual	99,99
Mês	Jan/2018	Fev/2018	Mar/2018	Apr/2018	Maio/2018
Índice	99,99	99,99	99,99	99,99	99,99

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
127,63 27,00 34,46

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1778.1800.7566.0007.2018.0004.5479.5122

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FE 11650	11454	1,00	204	0,00	74	0,00	0,00
04/03/18	03/03/18	29 DIAS	204				10,57

DESCRIÇÃO

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

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	VALOR (R\$)
Previsão	20,57
Permissão	20,57
Distribuição	20,57
Encargos Especiais	20,57
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	20,57
TOTAL	110,55

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	Consumo (kWh)
156	204
185	213
213	207
207	217
217	183
183	196
196	170
170	168
168	157
157	176
176	187

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Consumo suas emissões pelo consumo de energia elétrica	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (NCO)
Emitido kg (CO ₂)	0,00	
83,17	0,00	

RECOMENDAMOS AOS Nossos Clientes a adoção de medidas de conservação de energia elétrica

CONTAS EM ATRASO

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

Conta desta fatura R\$ 5,00 referente a PIS e COFINS A (contas) PIS:0,79 e COFINS:3,04
Total: R\$ 3,83

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

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 17 ABR 2018

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

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





**Prefeitura de
Fortaleza**

HOSPITAL DIST

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

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO		TIPO DE PESSOAS	
CÓDIGO		Nº DO PRONTUÁRIO 204454	Nº DO BE 207637
NOME AVE MARIA GORETI ROCHA DA SILVA		IDADE 24/10/1981(36 ANOS)	SEXO M
ENDEREÇO RUA CARLOS CHAGAS 130 BONSUCESSO		NOME RESPONSÁVEL NI	RACÃO PARDO
CONTATO		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTADO DO		CEP 60.541-704	
QUEIXA TRAUMA EM REGIÃO DO QUILDRIL DIREITO E BRAÇO DIREITO		OCORRÊNCIA	
SINTOMAS NI		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO OR	
PESO NI KG		MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA	
TEMPERATURA NI °C		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAR DO NI%	
ALERGIAS NEGA		PULSO NI	
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA		GLICÊMIA NI	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 04/04/2018 20:48:14	
ANAMNESE		F. INDICAMENTO MÉDICO	

Fratura do colosso 1

SUSCIPENDIDO		CÓD. PROCEDIMENTO	
SUSCIPENDIDO () HC () SU () US DOMINIAL () TO CRANIO () RAYON () OUTROS		CÓD. PROCEDIMENTO	
MÉDICAMENTO		ESCRITAÇÃO MÉDICA	
APAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<i>R. colosso 1 D. AP 1 P.</i> <i>R. colosso 1 D. AP 1 P.</i> <i>colosso 1 D. AP 1 P.</i> <i>colosso 1 D. AP 1 P.</i>		<i>Dr. Glaucio Roberto Barreto</i> <i>Traumatologia</i> <i>CREMEC 1254 - 10/01/1981</i>	
PO DE ALTA SAÍDA		ENCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS	
DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO		DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL	
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CÓDIGO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

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

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

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Dr. Glaucio Roberto Barreto
Traumatologia
CREMEC 1254 - 10/01/1981

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



FROTINHA DE PARANGABA

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

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD : _____

Atesto que o (a) Sr. (a)

Pinto Francisco Edson Silva defoi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 15/04/18 às ____ : ____ hs.

Tendo como causa de socorro

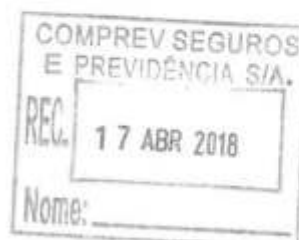
anormallesão do cotovelo direito (aberto)Necessita de (- 15 -) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S52.0

Observações: _____

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

CRM - Médico (a)

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





ORTOCLINIC

* Ortopedia * Traumatologia
* Fisioterapia

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

Para: Francisco Edson Silva de Brito

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

23/05/18.

Adriana Gonçalves de Pinho
Fisioterapeuta
CREFITO 252754-F
CPF 47753145304

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

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018



RECEITA

FRANCISCO EDSON SILVA DE SAATO

AUGUSTO NUNES

? LAZARUS VITINA TRAMA COTOUGO

①, APRESENTANDO FRATURA CAPOTA

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

REFORMADO HISTÓRIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO,

SUSMETIDO AO TRATAMENTO COM IMOBILIZAÇÃO

GIPSADA, QUOTIDIANAMENTE SEU FRATURA CONSOLIDADA

E NO MOMENTO EVOLUINDO DE ACORDO COM A

TRATAMENTO E É APTO À RETORNAÇÃO AS

DATA: ATUALIZADO 14/06/18

04/06/18

CRM-MÉDICO(A)

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

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

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

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



**Prefeitura de
Fortaleza**

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

REGISTRO DE A ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

DADOS PESSOAIS

CADASTRO

Nº DO
PRONTUÁRIO
204454

Nº DO SE
207637

NOME DA
MARIA GORETI ROCHA DA SILVA

NASCIMENTO
**24/10/1981(38
ANOS)**

SEXO
M

RACAO
PARDO

ENDEREÇO
RUA CARLOS CHAGAS 130 BONSUCESSO

NOME RESPONSÁVEL
NI

CIDADE
FORTALEZA

UF
CE

LOCAL DE OCORRÊNCIA TRANSPORTADO DO - FUNTE

OCORRÊNCIA

DEP
60.541-704

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

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

OR

DIAGNÓSTICO
AValiação TRAUMATOLÓGICA

SINTOMAS
NI

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

PELO
NI KG

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

SINAIS VITAIS

TEMPERATURA
NI °C

ACIDIDADE
NEGA

SAT DE
NI%

PULSO
NI

GLICOSE
NI

CLASSIFICAÇÃO
AMARELO

REONSAL, PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA

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

ÁREA DE ATRIBUIÇÃO
TRAUMATOLOGIA

ÁREA ATRIBUIÇÃO

ARMARÉM

A ENDIMENTO MÉDICO

Fratura do cotovelo D

SIMÉTRICO

SIMÉTRICO

() HC () SU () US () DOMICIL () TO CRANIO () RAXO () OUTROS

MEDICAMENTO

RESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

R. COTOVELLO D AP 7 P

R. LESÃO LIGAMENTAR AP 7 P

rel. longe

Prescrit 3 m

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

ALTERNATIVA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSF

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

PO DE ATENDIMENTO

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

CARIMBO ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

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

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

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

*Emmanuel Monteiro
Mat. 763*

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

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 17 ABR 2018

Nome:

Investprev Seguros S/A.

19 OUT. 2018

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÃO

CONDUTA:

1 - ALTA:

☐

DECISÃO MÉDICA

☐

A PEDIDO

☐

A REVELIA

☐

TRANSFERÊNCIA

☐

REMOVIDO PARA:

GUIA Nº

DATA E HORA DA ALTA: / /

HORA:

2 - OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h)

☐

DATA E HORA DA ALTA: / /

HORA:

3 - INTERNAÇÃO

☐

Nº PRONTUÁRIO:

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: / /

HORA:

4 - PARA ÓBITO

ANTES DO 1º SOCORRO

☐

NÃO

☐

SIM

DATA ÓBITO: / /

HORA ÓBITO:

DESTINO DO CORPO: 1

☐

ENTREGUE A FAMÍLIA

2

☐

INEL

3

☐

ANATOMIA PATOLÓGICA

4

☐

SVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. CARIMBO MÉDICO

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

HOSPITAL DISTRITAL MATEUS BARROSO DE OLIVEIRA

ATENDIMENTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

[Handwritten Signature]

Enfermeiro Manoel

Mat. 703

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

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

FROTINHA DE PARANGABA

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

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD : _____

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

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

Tendo como causa de socorro lesão do cotovelo direito (aberto)

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

Observações: _____

Fortaleza - Ce, 04 de 04 de 2018

Dr. Glauco Roberto Barreto

Traumatologia

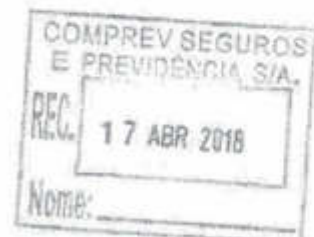
CREMEC 8250 - TEOT 11857

CRM - Médico (a)

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

Investprev Seguradora S/A.

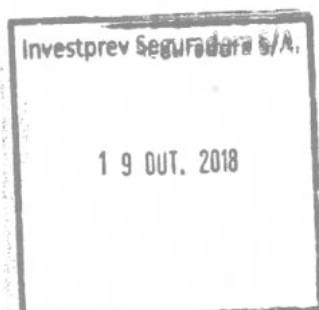
19 OUT. 2018



A Seguradora Líder

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

Fortaleza, 26 de setembro de 2018



fu Edson Silva DE Brito

Dados da reclamação

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

Via: Internet
Data: 20/06/2018

Dados do reclamante

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

Dados de contato

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

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

Dados da denúncia

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

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

O SAC da empresa Sim
foi acionado?

Documentos

Tipo	Número

Encaminhamentos

Atendente

Data

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

Dados da reclamação

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

Via: Internet
Data: 25/05/2018

Dados do reclamante

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

Dados de contato

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

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

Dados da denúncia

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

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

O SAC da empresa Sim
foi acionado?

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos

Atendente

Data

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

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

CPF de: Próprio

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PATRICIA DA SILVA NOGUEIRA

Dados da reclamação

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

Via: Internet
Data: 25/05/2018

Dados do reclamante

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

Dados de contato

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

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

Dados da denúncia

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

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

O SAC da empresa Sim
foi acionado?

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos

Atendente

Data

INVESTPREV
SEGURADORA S/A

22 JUN. 2018

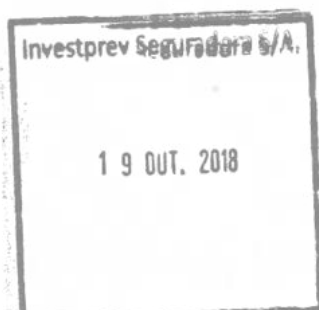
SUSEP :: CGTI

ENTRADA

A Seguradora Líder

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

Fortaleza, 26 de setembro de 2018



fu Edson Silva DE Brito

Dados da reclamação

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

Via: Internet
Data: 20/06/2018

Dados do reclamante

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

Dados de contato

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

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

Dados da denúncia

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

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

O SAC da empresa Sim
foi acionado?

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos

Atendente

Data

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

Dados da reclamação

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

Via: Internet
Data: 25/05/2018

Dados do reclamante

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

Dados de contato

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

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

Dados da denúncia

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

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

O SAC da empresa Sim
foi acionado?

Documentos

Tipo	Número
------	--------

Encaminhamentos

Atendente

Data

Investprev Seguradora S/A.

19 OUT. 2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COTOVELO DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383209/18

Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

CPF: 626.243.503-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/10/2018
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSSON COSTA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438182/19

Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

CPF: 626.243.503-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSSON COSTA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117142/20

Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

CPF: 626.243.503-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/04/2020
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438182/19

Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

CPF: 626.243.503-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ANDERSSON COSTA SILVA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0117142/20

Vítima: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

CPF: 626.243.503-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

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

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO : 626.243.503-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/04/2020
Nome: FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO
CPF: 626.243.503-49

FRANCISCO EDSON SILVA DE BRITO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LIDIA RACHEL FRAGA CUNHA