



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	Edson Bernardo Nunes		
NACIONALIDADE	BRASILEIRO	TELEFONE	
RG	98002319528	ESTADO CIVIL	502 Ru 70
CPF	018.698.473-18	PROFISSÃO	neonator
ENDEREÇO	TRAVESSA SALGADINHO, N° 52, CS ALTOS		
BAIRRO	JARDIM AMERICA	CEP	60.410-480
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA / CE		

OUTORGADA: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 03 de Novembro de 2020

Edson Bernardo Nunes
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, EDSON BERNARDO NUNES, brasileiro(a),
SOLTEIRO, REPOSITOR, portador(a) da Carteira de
Identidade/RG nº 98002319528, e inscrito (a) no CPF sob o nº
018.698.473-18, residente e domiciliado (a) na Rua
TRAVESSA SALGADINHO CSALTOS, nº 52, no bairro
JARDIM AMERICA, na cidade FORTALEZA, CEP 60.410-480,
declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar
com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 03 de Novembro de 20 20

Edson Bernardo Nunes
Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDENCIA

Eu, EDSON BERNARDO NUNES, brasil
 eiro(a), SOLTEIRO, REPOSITOR, portador(a) da cédula de Identidade Nº
98002319528 e CPF Nº 018.698.473-18, DECLARO
 que resido no seguinte endereço: TRAVESSA SALGADINHO, CS ALTOS, nº
52, no bairro FARM AMERICA na cidade de FORTALEZA, CEP
60.410-480, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a
 propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG,
 sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 03, de Novembro, de 2020

Edson Bernardo Nunes
 DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E RESPONSABILIDADE

Eu, EDSON BERNARDO NUNES, portador (a) do RG nº 98002319528, e CPF 018.698.473-18, declaro para todos os fins a que se destinar, que compareci ao escritório da Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, e tenho total e plena consciência da existência da Ação de Cobrança de Indenização de Seguro DPVAT, referente ao acidente ocorrido na data de 17/06/2019, proposta contra a Seguradora Líder. Assumo de forma plena, única e integral a responsabilidade da veracidade por toda documentação/ informação acostada aos presentes autos. Declaro ainda, para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não possuo nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a Dra. **CAROLINA FREITAS MOREIRA**, brasileira, casada, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 23.787, endereço eletrônico carolinafreitasjuridico@gmail.com, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 03 de Novembro de 2020

Edson Bernardo Nunes
Declarante

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

CAROLINA FREITAS
Advogada inscrita na OAB/CE nº 23.787
Endereço: Rua Pedro Borges, nº 520, 5º andar, no Edifício Palácio Progresso, no bairro Centro, em Fortaleza/CE, CEP 60.055-10.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/12/2020 às 11:15, sob o número 02731664120208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0273166-41.2020.8.06.0001 e código 7E6ED2D.

REPÚBLICA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO PESSOAL E PESSOAS BIOMÉTRICAS



NOTA
EDSON BERNARDO NUNES

FILIAÇÃO
FRANCISCA BERNARDO NUNES

DATA NASCIMENTO 01/11/1987
NATURALIDADE FORTALEZA - CE
SPOSOS-CE XXX
OBSERVAÇÃO XXXXXXXXXXXXXXXX

Edson Bernardo Nunes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

IDENTIFICANDO O CIDADÃO DO ESTADO DO CEARÁ

CPF 018.888.473-18 D.N. XXXXXXXXXXXXXXXX

REGISTRO GERAL 98002319528 LOCAL P.: 6 DATA DE EMISSÃO 28/11/2019 OUTRO RG 2º VIA

REGISTRO CIVIL CERT. NASCIMENTO CARTÓRIO: 4ª ZONA TERMO: 0073780 FOLHA: 00000161 LIVRO: A00062 FORTALEZA - CE

NOTA SOCIAL XXXXXXXXXXXXXXXX

T. ELEITOR XXXXXXXXXXXXXXXX CTS 8200732 SÉRIE 0010 U.F. CE

N.S.P.S.P.A.S.E.P. XXXXXXXXXXXXXXXX IDENTIDADE PROFISSIONAL XXXXXXXXXXXXXXXX

CERT. MILITAR XXXXXXXXXXXXXXXX

CMH XXXXXXXXXXXXXXXX C.N.S. XXXXXXXXXXXXXXXX

Paulino Paulo de Sales
ASSINATURA DO DIRETOR



POLEGAR DIREITO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS DO ESTADO

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 16/12/2020 às 11:15, sob o número 02731664120208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0273166-41.2020.8.06.0001 e código 7E6ED2D.

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 080414946

Rota	FOD1U19 - 169420	Referência	09/2020
Nome	EDSON BERNARDO NUNES		
Endereço	Travessa SALGADINHO, 00052 - 00052 CS ALTOS, JARDIM AMERICA, 06140430, FORTALEZA		
Classificação	Residencial Pieno	Emissão	17/09/2020
Modalidade Tarifária	B1 RESIDENCIAL	Medidor	5637401-ELE
Ligação	Monofásico		

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 30 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
19.6 2006	19.79 2009	19.19 2009

OUTGOING AND INCOMING AIR FLOW NEW WALLS NEW OUT SUR

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FR	4.35	4.149	1.80	123	00	123	0,75447	92,80

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	9,68
JUROS MORATORIOS	-	0,28
CONSUMO	0,75447	92,80
PARCELAMENTO NORMAL 1/9	-	19,54

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	92,80	27,00	25,05
	67,75	0,11	0,07
Outros	67,75	0,71	0,47

24/09/2020

122.30

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 018.698.473-18

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
-------------------------------	----------------------------------	---

48.01 0.00

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 19/08 - 17/09

Nº do Cliente: 7322394 Referência: 09/2020 V: [1.0.0.15]
Data de Emissão: 17/09/2020 Total a Pagar (R\$): 122,30 CPF: 0.441.979-9003
Nº da Nota Fiscal: 080414946 Nº de Controle: 10018616959

83830000001 2 22300031010 9 01861695907 1 00007322394 8



83830000001 2 22300031010 9 01861695907 1 00007322394 8



Estado do Ceará
Secretaria de Segurança e Defesa Social - SSPDS
Polícia Civil do Estado do Ceará
Delegacia Geral de Polícia Civil
Departamento de Polícia da Capital - DPC
Trigésimo Segundo Distrito Policial

C E R T I D ã O

Antonio Paula da Silva, Escrivão de Polícia Civil, lotado na Trigésima Segunda Delegacia Distrital, no uso de suas atribuições legais, etc...

CERTIFICA que nesta data, compareceu em Cartório EDSON BERNARDO NUNES, portador do RG 98002319528 SSP/CE e CPF 018.698.473-18, residente na Travessa Expedicionários, ST 21, 52, Altos, bairro Jardim América-Fortaleza/Ceará, onde vem informar que foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido por volta das 22h42min, do dia 17/06/2019, na Av. Pergentino Maia, rua Antonio Barros, em Messejana, quando se deslocava pilotando a MOTOCICLETA, marca HONDA/CG 125 FAN KS, DE COR PRETA, ANO/MOD, 2010/2010, de PLACA NUX-4237/CE., CHASSI 9C2JC4110AR720551, RENAVAM 268375887, licenciada em nome de: ANTONIO JONAS VIANA ASSUNÇÃO, ao passar um semáforo que estava no amarelo, de repente o mesmo ficou vermelho, ocasião um veículo de PLACAS não identificadas colidiu na sua traseira, vindo a cair ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Frotinha de Parangaba, onde foi submetido a cirurgia. O REFERIDO É VERDADE. DOU FÉ.///
Cartório do 32º Distrito Policial, em 23 de Setembro de 2019.

Antonio Paula da Silva
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 97.122

DECLARANTE: _____

Edson Bernardo Nunes

Rua LO 2 com rua NS 01, S/Nº, Bom Jardim - Fortaleza, Ceará
Fone: (85) 3101.6105, Fax. (85) 3101.6104
Endereço eletrônico: 32dp@policiacivil.ce.gov.br



DECLARAÇÃO



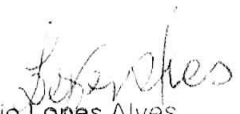
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Edson Bernardo Nunes** - C.P.F. - **018.698.473-18**, no dia **17/06/2019**, às **22h42min**, na **Rua Doutor Pergentino Maia com Rua Antônio Barros**, no **Bairro Messejana**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P770886/2019**.

Fortaleza, 17 de Julho de 2019.

Atenciosamente,


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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-770886/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 05B 86	PONTO DE APOIO: Sen I 5	Nº DA OCORRÊNCIA: 10:71
DATA: 17/06/19	TURNO: SN	EQUIPE:
NOME: Edson Bernarmino Nunes	IDADE: 31	SEXO: M.
ENDEREÇO: Rua. Bergeutim Maia e Antonio Barros.		
REFERÊNCIA: Rua. Calça	BAIRRO: MESSA DA NA	
QTY:	QUS: 22:42	QUY:
		QUU:
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão moto x carro		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☐ PÉRVAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
---------------------------------	-------------------------------------	------

A Via Aéreas	B Respiração
PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO
☒ EURNÉICO	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:
☐ BRADIPNEICO	
☐ AGÔNICA/AUSENTE	

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☐ CHEIO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☒ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA		
LOCAL:		☐ SUDOREICA		
		☐ SECA		
		☐ QUENTE		
		☐ FRIA		

D Neurologia	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)		
ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6	
À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5	
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3	
	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2	
TOTAL: 15		NENHUMA ☐ 1	
PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)			
☐ ALTERADAS			

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Colisão moto x carro com fratura exposta no 1º metacarpo do pé esquerdo + polema e do 2º MTE + escoriações	

SAMPLA

FC: 60	PA: 130/80	FR: 24	GLIC.:	OXIM.: 99%	TEMP.:
--------	------------	--------	--------	------------	--------

Nota: Paciente, nega alergias e medicamentos
negs e comorbidades.

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE
EDSON BERNARDES NUNES
CADUSUS
NASCIMENTO
30/11/1987(31 ANOS)
DOCUMENTOS

DADOS PESSOAIS
Nº DO PRONTUÁRIO
5151876
SEXO
M
NOME MÃE
FRANCISCA BERNARDES NUNES

Nº DO BE
353937
RAÇA/COR
PARDO

NOME RESPONSÁVEL
NI
ENDEREÇO
TRAVESSA SALGADINHO 00 LOCAL DE ATENDIMENTO PERGENTINO MAIA COM ANTONIO BARROS MESSEJANA USB 86
CONDUTOR ASSIS JARDIM AMÉRICA
PRINCÍPIO UF
FORTALEZA CE
CONTATO
(85) 98406-0907
CEP
60.410-480

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DUELA
COLISAO MOTO CARRO
SINTOMAS
FRATURA EXPOSTA MO MIE

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO
NI KG
PRESSÃO
ARTERIAL
NI/NI
SAI O2
NI%

PULSO
NI

GLICEMIA
NI

TEMPERATURA
NI °C
ALERGIAS
NI
CLASSIFICAÇÃO
A RELO
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA DALVANI BASTOS BARRETO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
17/06/2019 23:04:48

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ANAMNESE

ATENDIMENTO MÉDICO

01, Sofreu acidente de moto hoje voluntariamente com dor no antebraço (E)
Fx Exposta Humer.
COD PROCEDIMENTO

DIAGNÓSTICO

CID

SADI SOLICITADO:
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

OBSERVAÇÕES

MEDICAMENTO
① Rx pi (E) AP + OBL : fratura cominuta Humer (E)

② Rx pi (E) AP + OBL controle

Cal: Antibios / Analgesico / Intensa fisioterapia

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

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

DATA E HORA DO ATENDIMENTO
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por MARIA DALVANI BASTOS BARRETO em 17/06/2019 23:04:48

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.

EDSON BERNARDES NUNES

09/07/2019
Bruno Mota

Dr. Bruno Mota
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 112367 EOT 1566

UNISUS 126500 27612



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Edson Bernardes Nunes 6 - Nº PRONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DO NASCIMENTO _____ 9 - SEXO ☒ Masculino ☐ Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL _____ DDD - 11 - TELEFONE DE CONTATO _____

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) _____

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA _____ 14 - CÓD. IBGE MUNIC _____ 15 - UF _____ 16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente, 31c, acidentado moto rolou com fratura exposta do Humer
(E). Rx q' E: fratura cominatória do p' humer E EF lesão do extensor
Humer.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Necessidade de cirurgia + ATB

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Rx + Ex. físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fr Exposta Humer (E) 21 - CID 10 PRINCIPAL _____ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO humer cirurgia + ATB 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____

26 - CLÍNICA Ortopedia 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO urgente 28 - DOCUMENTO ☐ CNS ☒ CPF 9189114944 29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Bruno Mat. Albuquerque 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/06/19 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL _____

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO 36 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 37 - Nº BILHETE _____ 38 - SÉRIE _____

34 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 39 - CNPJ DA EMPRESA _____ 40 - CNAE EMPRESA _____ 41 - CDBR _____

35 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA _____ 44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR _____ 49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO _____

45 - DOCUMENTO ☐ CNS ☐ CPF _____ 46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO _____

47 - DATA DO DOCUMENTO _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190549366 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDSON BERNARDO NUNES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO EDSON BERNARDO NUNES

CPF/CNPJ: 01869847318

Posição em 16-12-2020 10:41:50

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/10/2019	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
17/10/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	 (https://apiconsultadossie.seguradoralider.com.br/api/file/download/gzV6GCq9XIV42I79o9sCMA?api_key=8HlcZYywyJtgsfEjxcJzjquZYEHlUsv+xj1rshKbk8l=)