

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Marcelo Berra Furtado, brasileiro, solteiro, Autônomo,
Portador do Rgt: 2005002051844 - SSPDS/CE, CEP: 055.131.
816-30, com domicílio e residência na Rua A, n.º 206 Cr
B, Bairro Bom Jardim, conj. Almeida Lustosa, cidade de
Fortaleza - Estado do Ceará, CEP: 60.110-000.

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* e *et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza, 25 de set de 2020.

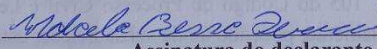
Marcelo Berra Furtado
OUTORGANTE

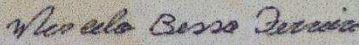
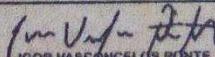
Av. Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, CEP: 60.170-002, Fortaleza-CE /
 E-mail: wsdpvat.juridico@gmail.com | (85) 98786-0818 (85) 988882031

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 25 de Set de 2020.


Assinatura do declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1764895624		NOME MARCELO BESSA FERREIRA
		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2005002051844 SSPDS CE
		CPF 055.131.816-30
		DATA NASCIMENTO 29/04/1982
		FILIAÇÃO JOSE AIRTON FERREIRA MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA
		PERMISSÃO 
		ACC 
		CAT. HAB. AB
		Nº REGISTRO 03950826796
		VALIDADE 02/03/2023
		1ª HABILITAÇÃO 13/10/2006
	OBSERVAÇÕES EAR;	
	 ASSINATURA DO PORTADOR	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1764895624	LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 22/04/2019
	 IGOR VASCONCELOS PONTE	75506901810 CE170356337
	ASSINATURA DO EMISSOR	
	CEARÁ	

Nº do Cliente:
4880725

A Santa Social de Energia Elétrica
foi 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 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 070111697
Rota FOL19U35 - 183800
Nome MARCELO BESSA FERREIRA
Endereço RU A CONJ ALMEIDA LUSTOSA, 00206 - CS B, BOM JARDIM, 60110-000, FORTALEZA
Classificação Residencial Pleno
Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL
Ligação Monofásico
Referência 06/2020
Emissão 27/06/2020
Medidor 4638840-FAE-643

ÁREA RESERVADA AO FISCO
E6D4C904F50E311454461249C6C654B

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 31 dias
Anterior 27/05/2020 Atual 27/06/2020 Próxima prevista 28/07/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	50.641	50.518	1,00	123	00	123	0,78446	253,38

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILM PUB PREF MUNIC	-	28,86
CONSUMO	0,78446	253,38
PARCELAMENTO NORMAL 1/7	-	155,23

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):
ICMS 253,38 27,00 68,41
PIS 253,38 0,99 2,51
COFINS 253,38 4,52 11,45

VENCIMENTO 03/07/2020 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 437,47

CONSUMO CONSCIENTE CPF/CNPJ 055.131.816-30
EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 126,09 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES AO CLIENTE
Períodos: Band. Tarif.: Verde : 28/05 - 27/06

Nº do Cliente: 4880725
Data de Emissão: 27/06/2020
Nº da Nota Fiscal: 33880000004 6 37470031200 8 00260787807 6 00004880725 7

Referência: 06/2020
Total a Pagar (R\$): 437,47
Nº de Controle: 200002607878

V: [1.0.0.14]
Data: 27/06/2020 14:27:00
Assinatura: 33880000004 6 37470031200 8 00260787807 6 00004880725 7


83880000004 6 37470031200 8 00260787807 6 00004880725 7



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020403969



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1014 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/07/2020 15:13:01**
Data / Hora da Ocorrência: **29/10/2019 13:40:00**
Endereço da Ocorrência: **R EMILIO DE MENEZES C/ RUA VERBENA ,
BONSUCESSO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCELO BESSA FERREIRA**
Nascimento: **29/04/1982** CPF: **055.131.816-30**
RG: **2005002051844** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA**
JOSE AIRTON FERREIRA
Endereço: **RUA A, 206 B**
Bairro: **GRANJA LISBOA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98854-5342**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNW1495 Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0810KR247849 Renavam: **1208341020** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano
Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **LARANJA** Proprietário: **MARCELO BESSA FERREIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

COMPARECE A ESTE ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE NA DATA CITADA, A VITIMA TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNW-1495 NA RUA EMILIO DE MENEZES QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DO CEARA PARA HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA & PARANGABA. E NADA MAIS DISSE. ///////////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Marcelo Bessa Ferreira

VISTO DO DELEGADO(A):

MGSS

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

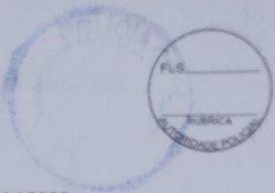
Consolidado em: 08/07/2020 15:17:52

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/07/2020 15:17:52



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020403969



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1014 / 2020

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

[Faint, illegible text from the reverse side of the page is visible through the paper.]

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 08/07/2020 15:17:52

Pág. 2 de 2

Impresso em: 08/07/2020 15:17:52

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

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

Marcelo Bessa Ferreira

vítima de acidente de trânsito, em 29/10/2019, sofreu:

*Luxação do ombro direito com fratura
CCO-543.1*

e submeteu-se a tratamento(s): *Cineleitos
Medicamentos e Físicos.
Fisioterapia*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Lesão no ombro direito
Diminuição da força e da
estabilidade do ombro direito
Força e consistência presentes no
ombro e ejutorador de ombro
Inabilidade de membro.
Prejuízo de acidente
de trânsito de alta clínica*

Dr. Fco. Mardônio Salmito Almeida
Médico - CRM 4411
Ortopedia - Traumatologia

12/08/2020

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

2458



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SG

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

NOME DO PACIENTE MARCELO BESSA FERREIRA		Nº DO PRONTUÁRIO 393565		Nº DO BE 294964	
NASCIMENTO 29/04/1982(37 ANOS)		SEXO M		RAÇA/COR PARDO	
DOCUMENTOS CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 05513181630; CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 2005002051844		NOME DA E MARIA ELIZABETE BESSA FERREIRA			
NOME RESPONSÁVEL NI		ENDEREÇO AVENIDA OSCAR ARARIPE 3540 GRANJA LISBOA			
CITY FORTALEZA		UF CE		CONTATO (85) 88545-342	
P 60.540-442					

CAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
MOTIVO REFERE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO.	COLISÃO MOTO X MOTO
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	

SINAIS VITAIS	
PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%
ALERGIAS NEGA	PULSO NI
GLUCEMIA NI	

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
LARA JALES RODRIGUES FARIAS

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
29/10/2019 14:43:39

ÁREA ATENDIMENTO

RAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

Ref. refer. para a unit. 1115

Tr. de m. 18

SOLICITADO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X				() OUTROS	

PRESCRIÇÃO MÉDICA		
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Paracetamol 500mg</i>	<i>(1)</i>	<i>03/2018/0277</i>
<i>H. Am.</i>		

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA () PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

ESTADO DO CORPO: () FAMILIA () FIML () ANAT. PATOL

HORA DO ATENDIMENTO: 14:43:39

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinatura: Marcelo Bessa Ferreira

marcelo bessa ferreira

so por lara jales rodrigues farias em 29/10/2019 às 14:43:41

to 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

 SUS Sistema Único de Saúde CCI - Central de Controle de Internação PRERECATORIA MUNICIPAL DE PORTALAZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE PRERECATORIA DE PORTALAZA AV. Odele do Prado nº 1127 - Portaleira - CEP 64.726-000 Fortaleza - Ceará Telefone: (85) 2133-7323		CENTRO DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE PORTALAZA - CRRP - CRR - PRP LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM) N.º LAUDO: N.º da AIH: 	
UNIDADE HOSPITALAR HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA		CGC / CNPJ 07.835.044 / 0002-61	
DADOS DO PACIENTE			
NOME DO PACIENTE <i>M. J. Barros de Oliveira</i>			
ENDEREÇO DO PACIENTE			
BAIRRO	MUNICÍPIO	UF	CEP
DATA DO NASCIMENTO	SEXO 1. ☐ MASC 3. ☐ FEM	CONDIÇÃO 2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE			
DADOS DA INTERNAÇÃO			
CPF MÉDICO SOLICITANTE <i>7439060334</i>	CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO	
C. INT. <i>193</i>	PROCEDIMENTO SOLICITADO	<i>Paulo Elzei Prota Porto</i> <i>Oncologia e Traumatologia</i> <i>CREC: 0014 9807: 11363</i>	
DATA DA EMISSÃO <i>24/10/19</i>			
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
<i>Pr. em anu. (C)</i> <i>Pr. de anu. (C)</i>			
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
<i>Pr. de anu. (C)</i>			
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS			
<i>Pr. de anu. (C)</i>			
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>LAC grau II (C)</i>	TIPO DE CLÍNICA 1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA 3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL 5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA 9. ☐ OUTROS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Pr. de anu. (C)</i>			
CRM - MÉDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE <i>Paulo Elzei Prota Porto</i> <i>Oncologia e Traumatologia</i> <i>CREC: 0014 9807: 11363</i>	DATA <i>29/10/19</i>	HORA

FICHA DE CADASTRO E ATENDIMENTO

DADOS CADASTRAIS

Registro: 40849

Nome: MARCELO BESSA FERREIRA

Nome da Mãe: MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA

Nome do Pai:

Município: FORTALEZA

Endereço: OSCAR ARARIPE, 3540

Telefone de Contato: - 8588545279 -

Documentos: CI: 2005002051844,

Responsável pelo paciente: Telefone de Contato:

Em caso de Urgência comunicar:

Usuário: NATANSILVAC

Data Nasc: 29/04/1982

CEP: 60340440

Bairro: BOM JARDIM

CPF:

DADOS DO ATENDIMENTO

Tipo de Atendimento: INT

Data Atendimento: 30/10/2019

Hora: 10:30:11

Convênio: PARTICULAR

Categoria: PARTICULAR

Unidade: UNIDADE C

Observações:

Médico: WALTER CANDIDO DE OLIVEIRA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

CONDIÇÃO QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

CID:

MÉDICO RESPONSÁVEL

Conselho Regional de Medicina
 CONFÉRENCIA COM O ORIGINAL
 REGISTRO EM 27/11/2020
 CPM 06.027.071.001-6

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA (ABEMP)

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
ANAMNESE DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: MARCELO BESSA FERREIRA , REGISTRO: 40849
IDADE DO PACIENTE: 37 anos 6 meses 1 dia
DATA DE NASCIMENTO: 29/04/82 NÚMERO DO CNS:
NOME DA MÃE: MARIA ELISABETE BESSA FERREIRA NOME DO PAI: «030»
ENDEREÇO: OSCAR ARARIPE NÚMERO: 3540 BAIRRO: BOM JARDIM
RG: 2005002051844 ORGÃO EXPEDIDOR: CE CPF:
TELEFONE PARA CONTATO:

DADOS DA INTERNAÇÃO

DATA DA INTERNAÇÃO: 30/10/19 HORA: 10:30:11
MÉDICO: WALTER CANDIDO DE OL CRM: 7841 ESPECIALIDADE: TRAUMATO-ORTOPEDIA
CONVÊNIO: PARTICULAR CATEGORIA: PARTICULAR
QUARTO/LEITO: APART QUARTO 2 - 2-1 UNIDADE: UNIDADE C

RESUMO DE TRATAMENTO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:

Lesão fechada do

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

ALTA HOSPITALAR

CONDIÇÕES DE ALTA:

() CURADO () A PEDIDO (x) MELHORADO () INALTERADO

() TRANSFERIDO:

() OUTRA:

OBSERVAÇÕES:

DATA DA ALTA: 31/10/19

HORA DA ALTA: 09:00

MARACANAÚ,

CARIMBO, ASSINATURA E CRM DO MÉDICO.

Walter Candido de Oliveira
Ortopedia - Trauma
CRM 7841

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de saúde
Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira – HDMJBO



Prefeitura de
Fortaleza

ADMISSÃO DE ENFERMAGEM

DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

NOME: _____ IDADE _____ (ANOS)

HD: _____ PROCEDÊNCIA: _____ PRONT: _____

ACOMPANHANTE: () SIM | () NÃO CHEGADA: () DEAMBULANDO | () CADEIRA | () MACA

SEXO: MASC. () | FEM. () GESTANTE: () SIM | () NÃO

COLETA DE DADOS E HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

ESTADO GERAL: Higiene: () Satisfatória | () Insatisfatória

Deambulação: () Sem Auxílio | () Com Auxílio | () Restrito ao Leito

NEUROLÓGICA: Nível de Consciência: () Consciente | () Torporoso | () Inconsciente | () Sedado

Orientação: () Orientado | () Algo Orientado | () Desorientado

RESPIRATÓRIO: Ventilação: () Ar ambiente | Suporte Ventilatório: QUAL: _____

Padrão Ventilatório: () Eupneia | () Bradipnéia | () Taquipnéia | () Dispnéia

DIGESTIVO: Abdome: () Íntegro | () Plano | () Globoso | () Distendido Dispositivos: _____

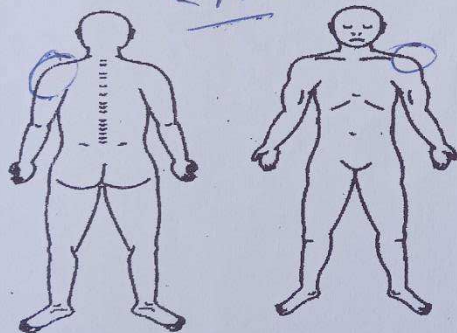
Dieta Zero: () NÃO | () SIM

URINÁRIO

Diurese: () Espontânea | () Hemodiálise | () Sondado | () Bexigoma | () Anúria | () Disúria | () Hematúria

MMSS E MMII E TEGUMENTO: () Hidratado | () Desidratado | () Edemaciado LOCAL: _____

LOCALIZAÇÃO DE LESÕES



LESÃO POR PRESSÃO: () SIM () NÃO GRAU: _____

SINAIS DE FLOGÍSTICOS: () SIM () NÃO

USO DE PRÓTESES: () SIM () NÃO

LOCAL: _____

TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO

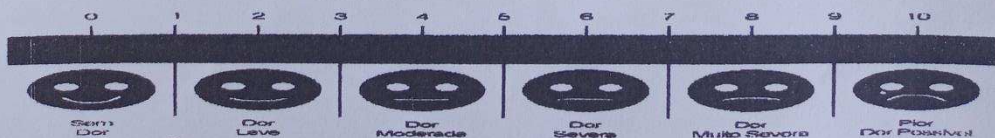
QUAL: _____

COMORBIDADES: _____

MEDICAÇÕES DE USO COTIDIANO: _____

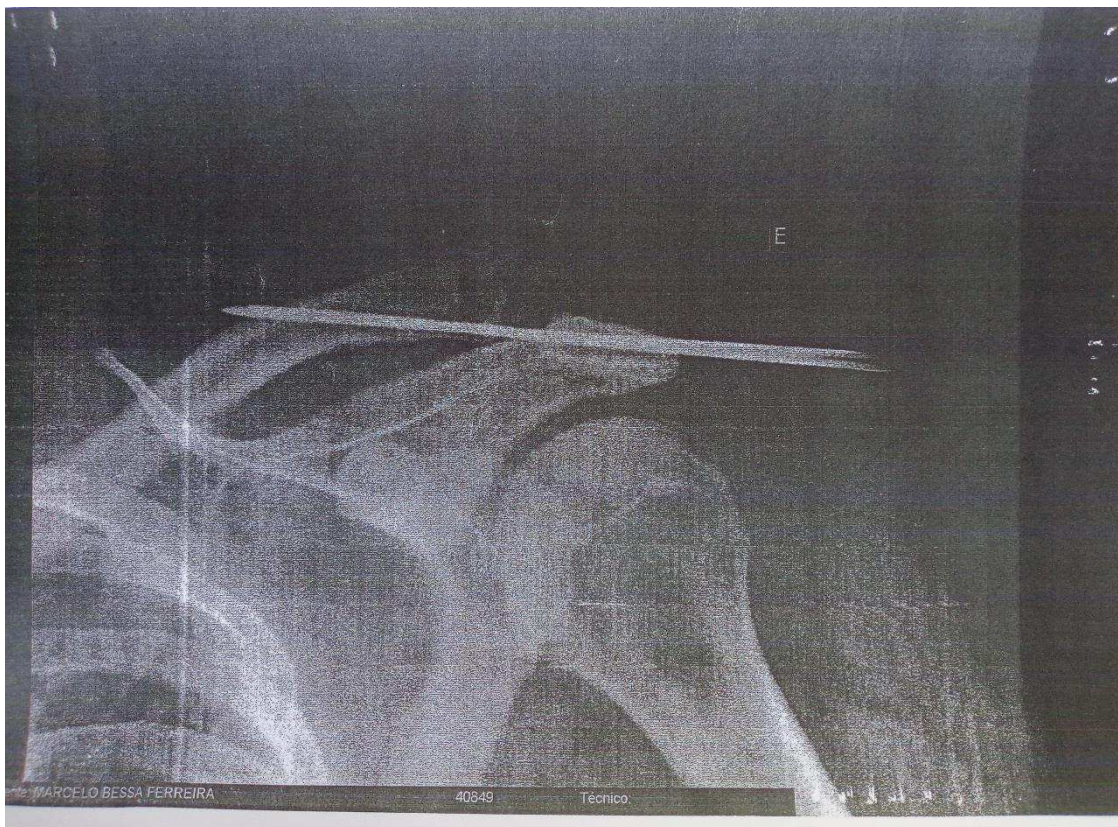
ALERGIAS: () NEGA () SIM - QUAL? _____

PA: _____ mmHg P: _____ bpm TAx: _____ °C R: _____ irpm SpO₂: _____ %



História da doença atual e queixas: _____

Assinatura: _____



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200253443 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCELO BESSA FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MARCELO BESSA FERREIRA

CPF/CNPJ: 05513181630

Posição em 28-08-2020 10:12:11

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/07/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
31/08/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75