
Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177814

Vítima: ANTONMAR AGATANGELO ALENCAR

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONMAR AGATANGELO ALENCAR

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, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190177814

Vítima: AN TOMAR AGATANGELO ALENCAR

Data do Acidente: 12/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), AN TOMAR AGATANGELO ALENCAR

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 34705821300 Nome completo da vítima: Antônio Apotângeles Alencar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Antônio Apotângeles Alencar CPF: 34705821300

Profissão: Condutor Endereço: Rua São Francisco Número: 548 Complemento: _____

Bairro: Pinto Madeira Cidade: Crato Estado: CE CEP: 63101065

E-mail: vaninhadiv Tel.(DDD): (88)999761747

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0454 5 CONTA: 32422 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Crato/CE

Nome: Antônio Apotângeles Alencar

CPF: 34705821300

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antônio Apotângeles Alencar

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



Impresso nº 2018201408

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 7926 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 05/11/2018 09:22:43
Data / Hora da Ocorrência: 12/09/2018 20:00:00
Endereço da Ocorrência: RUA SÃO FRANCISCO
Complemento:
Bairro: Município: CRATO/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR
Nascimento: 26/04/1965 CPF:
RG : 66643383 Orgão Emissor: SSP UF:
Filiação: SEBASTIANA IRISMAR OLIVEIRA ALENCAR
ANTONIO ALENCAR SILVA
Endereço: SÍTIO TEOTONIO , O SAO MIGUEL
Bairro:
Município: CRATO/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 0000000

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POJ7660 UF: CE Município: CRATO Chassi:
9C2JC4820FR614578 Renavam: 1074219969 Tipo do Veículo:
MOTONETA Marca / Modelo: HONDA/BIZ 125 ES Ano Fabricação: 2015
Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA/ALCOOL Cor: PRETA
Proprietário: MARIETE BARBOSA GONCALVES Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: ENVOLVIDO

Histórico

ADVERTIDO DAS PENALIDADES PREVISTAS NOS ARTIGOS 340 E 342 DO CPB, NOTICIA QUE EM DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA, QUANDO AO PASSAR POR UMA LOMBADA, DESEQUILIBROU-SE E VEIO A CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO NESTA URBE, ONDE SE CONSTATOU UMA FRATURA NA MÃO, CONFORME O PRONTUÁRIO MÉDICO EM ANEXO, QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE: MARILENE BARBOSA GONÇALVES, RESIDENTE CICERO ARARIPE, N 262, PIMENTA; FERNANDO DE ARAUJO FERREIRA, RESIDENTE NA RUA SÃO FRANCISCO, N 549, PINTO MADEIRA; JOSÉ ELTON RODRIGUES OLIVEIRA, RESIDENTE NA RUA SÃO FRANCISCO, 536 CS B, PINTO MADEIRA; QUE É HABILITADO NA CATEGORIA AC; QUE NÃO HAVIA INGERIDO BEBIDAS ALCOOLICAS,; QUE A MOTOCICLETA É DE PROPRIEDADE DE SUA ESPOSA; REGISTRA O FATO PARA FINS DE SEGURO DPVAT E NADA MAIS DISSSE E ENCERROU O PRESENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Consultado em: 05/11/2018 às 09:35:09

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/11/2018 às 09:35:09

RECEBIDO LIII
28.02.19



Impresso nº 2018201408

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 7926 / 2018

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA JOSSANY FARIAS DA CRUZ - MAT.: 300513-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Agostinho Alencar

VISTO DO DELEGADO(A) :

FLÁVIO SANTOS DA SILVA - MAT.: 013324-1-4

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 34705821300 Nome completo da vítima: Antônio Apotângeles Alencar

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Antônio Apotângeles Alencar CPF: 34705821300

Profissão: Condutor Endereço: Rua São Francisco Número: 548 Complemento: _____

Bairro: Pinto Madeira Cidade: Crato Estado: CE CEP: 63101065

E-mail: vaninhadiv Tel.(DDD): (88)999761747

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0454 5 CONTA: 32422 1

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Local e Data: Crato/CE

Nome: Antônio Apotângeles Alencar

CPF: 34705821300

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antônio Apotângeles Alencar

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



**SOCIEDADE ANÔNIMA DE
ÁGUA E ESGOTO DO CRATO**

Av. Teodorico Sales, nº 30 - Centro
Crato - Ceará - CEP: 63.100-161
Fone: (86) 3523-2044 - C.N.P.J.: 07.172.885/0001-55
ouvidoria@saaecrato.com.br

**CONTA
D'ÁGUA**

MARIA LIZETE DE OLIVEIRA RUA SÃO FRANCISCO, 548, 0 63100000, PINTO MADEIRA, CRATO-CE ROTA: 0-24-5390 PROCESSO: 12519-5				MES/ANO: 11/2018 NR. GUIA: 101112519 CATEGORIA/QTDE: 1-RES;	
(TOL. LEITURA) 93					
DESCRIÇÃO					
Tarifa de Água PIS CONFINS				VALOR 27,34 0,45 2,08	
DATA LEITURA ANTERIOR		DATA LEITURA ATUAL		VALOR A PAGAR	
		05/12/2018		R\$ 27,34	
LEITURA ANTERIOR		LEITURA ATUAL		CONSUMO REAL	
02 m3		13 m3		13 m3	
DI. DO MEDIDOR		0 m3		DI. DE INSTALAÇÃO	
OBSERVAÇÃO: 2- MÓDULO SEM ALÍQUOTA					
DADOS DO ÚLTIMO 6 MESES					
MES CONSUMO (m3)					
1- PREZADO CONSUMIDOR CONTE COM ARRECADADORES DA CAIXA ECONOMICA, LOTERICAS, CAIXA AQUI, SERVICOS ONLINE E DEBITO CONTA CORRENTE					
MESES EM DEBITO: SET/18-OUT/18 - CASO O DEBITO TENHA SIDO QUITADO, DESCONSIDERE ESTE REAVISO.					
PERÍODO DE ANÁLISE: 14/11/2018 a 14/12/2018					
PARÂMETRO		UNIDADE		VALOR REAL	
CLORO		mg/l		1978	
COR		1.00 a 5.00		1.18	
COLIFORMES T		0.00 a 15.00		0.00	
ESCHERICHIA		0.00 a 0.00		0.00	
FLUOR		0.00 a 0.00		0.00	
PH		0.00 a 1.50		0.00	
TURBIDEZ		0.00 a 9.50		6.80	
		0.00 a 5.00		13	
				0.49	

RECEBIDO EM:
28 02 19

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mariete Barbosa Gonçalves,

RG nº 99029083119, data de expedição 16/04/99,

Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 326.686.943-53, com

domicílio na cidade de Crato, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua São Francisco, 548, nº 548,

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

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

vítima Antomar Agatangelo Alencar cujo o condutor era

Antomar Agatangelo Alencar.

Veículo: motoneta

Modelo: Honda/132 125 ES

Ano: 2015

Placa: PAJ7E60/CE

Chassi: 9C25C4820FR614578

Data do Acidente: 12/09/2013

Local e Data: Crato/CE 21 de fevereiro de 2019

Mariete Barbosa Gonçalves
Assinatura do Declarante

Antomar Agatangelo Alencar
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima redamante do sinistro)

CARTÓRIO G. LOBO - 2º Ofício

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

Mariete Barbosa Gonçalves
Antomar Agatangelo Alencar

XX

XX

1) SORAYA MACEDO BEZERRA - Tabelião
2) SAMUEL MACEDO LOBO - Substituto
3) CÉLIA MOURA MATOS - Escrevente
4) ÂNGELA MARIA ALENCAR - Escrevente

Rua Senador Pompeu, 304 - Centro, Crato-CE - CEP: 83.100-080. Fone: 3621-1107

CRATO-CE 13.11.18

RECEBIDO EM:

28/02/19

DATA ATEND 12/09/2018
PACIENTE ANTONAR AGATANGELO ALENCAR Nº ATEND 511483
DATA NASC 26/04/1965 IDADE 53 SEXO MASCULINO
RG 66543383 CPF 347.858.213-08
MÃE SEBASTIANA IRISMAR DE OLIVEIRA ALENCAR
ENDEREÇO RUA SÃO FRANCISCO 548 CASA UF CE
BAIRRO PINTO MADEIRA CIDADE CRATO CEP 63132070
TELEFONE 1 88999761747 TELEFONE 2 MATRICULA 898002724510293 TIPO DE ATEND CONSULTA
PLANO DE SAÚDE BPA SUS

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 12/09/2018 22:20 Término da Classificação: 12/09/2018 22:18
Classificador.....: FRANCIHERBENIA DOS SANTOS BEZERRA Coren: 310530
Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAD URGENCIA
PERGUNTAS: TOLIFE
QUEIXA: DOR EM MSE
ORIGEM: HOSPITAL SÃO FRANCISCO
TIPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO

GRUPO DE

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE
ACIDENTE DE MOTO COM TRAUMA EM MÃO E COM DOR E EDEMA, REALIZADO SUTURA NA MÃO NO HOSPITAL SÃO FRANCISCO

EXAME FÍSICO
DOR, EDEMA E DEFORMIDADE COM LESÃO SUTURADA EM MÃO E

EXAMES COMPLEMENTARES
RX: FRATURA DO 5ºMTC E

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
FRATURA 5ºMTC E

CONDUTA
ATB, AINES, ORIENTAÇÕES E ALTA

S. Jean Lucena
HSR ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 9608

Mariele Barbosa
Ass. Paciente / Responsável

Edna
24.10.18

RECEBIDO EM:
28/02/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTOMAR ACATANGELO ALENCAR

ANTONIO ALENCAR SILVA

Gebastiana Irismar Oliveira

Aleucar, CR.

26.04.65

15.08.83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CEDULA DE IDENTIDADE

ANTOMAR ACATANGELO ALENCAR

SINATRA DO TITULAR

ANTOMAR ACATANGELO ALENCAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

ANTOMAR ACATANGELO ALENCAR

ANTONIO ALENCAR SILVA

Gebastiana Irismar Oliveira

Aleucar, CR.

26.04.65

15.08.83

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADESTRAMENTO DE PESSOAS FÍSICAS

NUMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF

347058213 00

ANTOMAR ACATANGELO ALENCAR

26/04/65

ANTOMAR ACATANGELO ALENCAR

(TÍTULA VALORADA EM R\$ 100,00 - INSCRIÇÃO EM QUALQUER DE IDENTIFICAÇÃO)

RECEBIDO EM:

28/02/19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Placa: 01 1074219969
Ano: 2017
Modelo: 000000000000

CRATO
MARTETE BARBOSA GONCALVES
/CE

32668694353
/CE

PAS/MOTONETA/NAO APN 1000
HONDA/BIZ 125 ES
2P/OEV/124CC

2015
PRETA

1
P
V
A

PREMIO TARIFARIO (R\$)
100/00/00

CRATO

29/01/2018

Recebeu em nome de

DETRAN - CE

CRATO

29/01/2018

Recebeu em nome de

DETRAN - CE

CRATO

29/01/2018

Recebeu em nome de

DETRAN - CE

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE QUE POR SUA CARGA A PESSOAIS DE RESPONSABILIDADE CIVIL DO SEGURO DPVAT

CE Nº 013870174233 BILHETE DE SEGURO DPVAT

32668694353

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

013870174233

48019608652

2017 29/01/2018

32668694353

1074219969

2015

PREMIO TARIFARIO

100/00/00

CRATO

29/01/2018

Recebeu em nome de

DETRAN - CE

CRATO

29/01/2018

Recebeu em nome de

DETRAN - CE

CRATO

29/01/2018

Recebeu em nome de

RECEBIDO EM:
28/02/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190177814 **Cidade:** Crato **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR **Data do acidente:** 12/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUSO DA MÃO ESQUERDA COM FRATURA DO 5º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (SUTURA/IMOBILIZAÇÃO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074118/19

Vítima: ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR

CPF: 347.058.213-00

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 12/09/2018

Titular do CPF: ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR : 347.058.213-00

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: 28/02/2019
Nome: ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR
CPF: 347.058.213-00

ANTOMAR AGATANGELO ALENCAR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/02/2019
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO