

---

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

**Aos Cuidados de:** APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

**Nº Sinistro:** 3180540686

**Vítima:** APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

**Data do Acidente:** 10/06/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180540686**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

---

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180540686

Vítima: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE**

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Nº Sinistro: 3180540686

Vítima: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180540686**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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.

**E 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

623.720.513-69

Nome completo da vítima

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE	CPF titular da conta	623 720 513 69	Profissão	AUTÔNOMA
Endereço	RUA P.19 SANTA TEREZINHA II	Número	140	Complemento	
Bairro	SANTA TEREZINHA	Cidade	BARBALHA	Estado	CEARÁ
Email	lizcajurnada@gmail.com	CEP	63180 000	Telefone (DDD)	(88)988570463

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR:	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº	CONTAS Nº	AGÊNCIA Nº	CONTAS Nº
1957	53273 6		
(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)	(Informar digito se existir)	(Informar digito 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.

Barbalha, 13/NOVEMBRO/2018

Local e Data

+ Aparecida da conceição alexandre

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**CAIXA**

POUPANÇA



5067 2250 3941 1584

5067

10/24

APARECIDA DA C ALEXANDRE

1957 013 00053273-6

**e  
t  
c**



## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1846 / 2018

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **01/08/2018 11:50:52**

Data / Hora da Ocorrência: **10/06/2018 14:20:00**

Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SANTO EXPEDITO**

Complemento:

Bairro: **MALVINAS**

Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

#### Noticiante(s)

Nome: **APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE**

Nascimento: **09/05/2000** CPF: **623.720.513-69**

RG: **20181681425** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**

Filiação: **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO**

**JOSE SÁVIO ALEXANDRE**

Endereço: **RUA P-19, 140**

Bairro: **MALVINAS**

CEP:

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9415-1828**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNI0078** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:

**9C2KC2200GR009379** Renavam: **1067792195** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** Ano

Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**

Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO JOSE ALEXANDRE** Situação: **NÃO INFORMADO**

Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

Afirma a noticiante, advertida nas penalidades descritas nos art. 340 e 342, ambos do CP, que sofreu um acidente de trânsito no dia 10/06/2018, por volta das 14h20min, na Avenida Santo Expedito, Malvinas, no município de Barbalha; Que estava na garupa da motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI, ANO 2015/2016, DE COR PRETA, DE PLACA PNI-0078, RENAVAM 1067792195, EM NOME DE ANTONIO JOSE ALEXANDRE, tendo como piloto a pessoa de Antonio Pinto dos Santos, na via pública quando o mesmo foi desviar do buraco e a noticiante se desequilibrou e caiu da moto quebrando o dedo da mão esquerda, machucou o joelho esquerdo e bateu a cabeça, em razão disso, desmaiou e, poucos minutos depois, acordou sendo levada para o Hospital São Vicente de Paula não sendo levada para outro local; Que a pessoa de Clara de Sousa dos Santos, residente na Rua P-23, 166, Santa Terezinha II, nesta urbe, viu o acidente e a pessoa de Paulinna dos Santos Pereira, residente na Rua P-16, 136, Santa Terezinha II, nesta urbe, não viu o acidente, mas viu quando a noticiante foi levada para o Hospital; Que não foi preciso acionar os órgãos de trânsito e nem a ambulância, pois a noticiante foi pela irmã Lurdes Francisca Alexandre para o hospital; Que está fazendo o presente Boletim de Ocorrência para fins de requerer seguro DPVAT; que foi expedido guia de exame de corpo de delito; que a pessoa que vai requer o seguro DPVAT através da noticiante é Ivanildo e nada mais disse.

*X Aparecida da conceição Alexandre*



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1846 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO SILVANO REINALDO FILHO - MAT.: 300601-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *X Apresentado da concordio Alexandre*

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8

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

**APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE**

CPF da Vítima

**623.720.513-69**

Data do Acidente

**10/06/2018**

#### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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.

**Juizário do Norte 05 outubro de 2018**

Local e Data

**Apresentado de concerto Alexandre**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

**RECEBIDO EM**  
**16/11/18**



## Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora

HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

SENHA

Unidade do Gabinete  
Unidade do AmbulatórioCRM/  
SUSCOSU

Dados do Paciente

Nome: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Paciente: 102182

Nome da Mae: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

3319915

Sexo: FEMININO

Data Nascimento: 09/05/2000

Idade: 18 Anos / 1 Mês / 1 Dia

Número: 104

Endereço: RUA P DEZESSEIS

Cidade: BARBALHA

Bairro: MALVINAS

Telefone: 35320521

CEP: 63180670

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Dados de Atendimento

Data: 10/06/2018

Hora: 15:02:23

CONVENIO SUS: AMBULATORIO

Especialidade: CLINICO GERAL

Serviço: CLINICA GERAL

Queridas:

T	PA	P
---	----	---

FARMACOVIGILÂNCIA: Ativado

| | Sim | NÃO | Aguardando

FARMACOVIGILÂNCIA:

Três dias de dor de  
cabeça, dor de moto de duração  
de 30 ms. no topo  
alcoolato

Cód. COD 10

Hipótese Diagnóstica:

O. fraco

## Procedimento

 Imagem Laboratório Outro

Q. Gafanho 1 ex. <sup>Conduita</sup> 15/6  
Lynco 1 ex. 1 ex. PBW 15/6

Assinatura do Paciente ou Responsável

JOAO EDIVALDO DE SOUZA (HMSVP)  
CRM: H9544

RECEBIDO EM:

16/11/18



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE,

RG nº 2088543458-7, data de expedição 02/07/2003.

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 066.210.093-05, com

domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de

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

Rua P. 19 Bairro Mauá n° 140.

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

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

Aparecida Conceição Alexandre cujo o condutor era

Antonio Pinto dos Santos.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 160 FAN CS DI

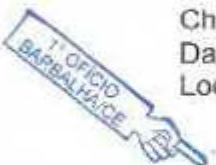
Ano: 2016

Placa: PNT 0078

Chassi: 9C9KC22006R009379

Data do Acidente: 11/06/2018

Local e Data: NA AVENIDA SANTO CRISTO ENTAC. P. 21 23 NRS MAUÁ



Antonio José Alexandre

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Antonio Pinto dos Santos

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

(Sem reconhecimento de firma)



Reconheço á(s) firma(s) de:	
<u>Antonio José Alexandre</u>	
13 Ago. 2018	
Bel. Marcelino Maciel Torres - Tabelião Bell. Ana Maria S. B. Torres - Substituto Márcia de S. B. Torres Lavor - Escrivente Francisco Sávioano de Lavor - Escrivente Terezinha Barreto de Melo - Escrivente	

RECEBIDO EM

16/11/18

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE,

RG nº 2088543458-7, data de expedição 02/07/2003.

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 066.210.093-05, com

domicílio na cidade de Barbalha, no Estado de

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

Rua P. 19 Bairro Mauá n° 140.

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

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

Aparecida Conceição Alexandre cujo o condutor era

Antonio Pinto dos Santos.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 160 FAN CS DI

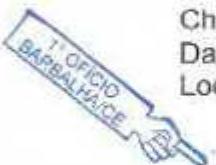
Ano: 2016

Placa: PNT 0078

Chassi: 9C9KC22006R009379

Data do Acidente: 11/06/2018

Local e Data: NA AVENIDA SANTO CRISTO ENTAC. P. 21 23 NRS MAUÁ



Antonio José Alexandre

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Antonio Pinto dos Santos

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

(Sem reconhecimento de firma)



Reconheço á(s) firma(s) de:	
<u>Antonio José Alexandre</u>	
13 Ago. 2018	
Bel. Marcelino Maciel Torres - Tabelião Bell. Ana Maria S. B. Torres - Substituto Márcia de S. B. Torres Lavor - Escrivente Francisco Sávioano de Lavor - Escrivente Terezinha Barreto de Melo - Escrivente	

RECEBIDO EM

16/11/18



## Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

SEMINA

Laudado do Clínico  
Usuário do AtendimentoDBANN  
SVELOSO

## Dados do Paciente

Nome: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Paciente: 102182

Nome da Mãe: FRANCISCA MARIA DA CONCEICAO

Sexo: FEMININO Data Nascimento: 09/05/2000 Idade: 18 Anos / 1 Mês / 1 Dia

Endereço: RUA P DEZESSEIS

Cidade: BARBALHA

Bairro: MALVINAS

Telefone: 35320521

CEP: 63180970

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Atendimento

2319915

Número: 104

## Dados do Atendimento

Data: 10/08/2018 Hora: 15:02:23

CONVÉNIO SUS - AMBULATÓRIO

Especialidade: CLÍNICO GERAL Serviço: CLÍNICA GERAL

Quaisquer

T

PA

P

FAARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: ( ) Sim  Não  Álergico?

Ensaio clínico

Travou forro de moto de quando em moto 10 de de  
 30 mts - não morreu

Hipótese Diagnóstica

Cód. COD 10

Alcoolico  
 Drogas

## Procedimento



Imagem



Laboratório



Outros

Cicatriz  Tumor  Infarto  PBRIO 155

Conduta

Diagnóstico provisório

Assinatura do Paciente ou Responsável

JOAO EDIVALDO DE SOUZA (HMSVP)  
CRM: H9544

RECEBIDO EM:

16/11/18



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3319915 Pedido.....: 833443  
Paciente.....: 102182 - APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE Idade.....: 18a 1m 10d  
Solicitante...: CARLA SILVA NOBRE ROCHA PESSOA(HMSVP) Atendido....: 10/06/2018  
Convênio....: SUS - AMBULATORIO Laudo.....: 10/06/2018  
Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

JOELHO ESQUERDO

- Contornos articulares e interlinhas de aspectos normais.
  - Estrutura óssea conservada.
  - Partes moles sem alterações.

For the  
Library



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo  
Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3319915

Paciente.....: 102182 - APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Solicitante...: CARLA SILVA NOBRE ROCHA PESSOA(HMSVP)

Convênio....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 833443

Idade.....: 18a 1m 10d

Atendido....: 10/06/2018

Laudo.....: 10/06/2018

MÃO ESQUERDA

- Fratura da base do 5º quirodáctilo da mão esquerda.





PREFEITURA DE  
**Barbalha**  
SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Princesa Isabel, 187 - Centro - Barbalha/CE  
Fone: (085) 3132-2795

## RECEITUÁRIO

Aparecida da Consolação

Paciente: William de

Endereço: Av. Metá, 6m

Franquia do 5º Bairro  
Bairro da Vila Engenho

Dr. Fco. Danning Figueiredo Lucena

MÉDICO

CRM-CE: 13217-PE 17254

MÉDICO

CRM-CE: 13217-PE 17254

03 DEZ. 2018

Em \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

**VOLTANDO A CONSULTA TRAZER ESTA RECEITA  
NÃO DÊ HOSPEDAGEM AO MOSQUITO DA DENGUE  
FAÇA SUA PARTE, DENGUE MATA**

RECEBIDO EM:

04/12/18



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**623.720.513-69**

Nome  
**APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE**

Nascimento  
**09/05/2000**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEP.	2018168142 - 5	DATA DE EXPEDIÇÃO	04/07/2018
NAME	APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE		
FILIAÇÃO	JOSE SÁVIO ALEXANDRE FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO		
RESIDÊNCIA	BARBALHA - CE		
	DATA DE NASCIMENTO <b>09/05/2000</b>		
DOC. ORIGEM			
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 32824 FOLHA: 163			
LIVRO: A-72 BARBALHA - CE			
CPF: 623.720.513-69			
1. VIA	José Sávio Alexandre		P.: 98
LEI Nº 7.110 DE 29/06/1980			

RECEBIDO EM  
**16/11/18**

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416799/18

Número do Sinistro: 3180540686

Vítima: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

CPF: 623.720.513-69

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2018

Titular do CPF: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/12/2018

Nome: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE  
CPF: 623.720.513-69

Data do cadastramento: 04/12/2018

Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

LEVI OLIVEIRA AMANCIO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416799/18

**Vítima:** APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

**CPF:** 623.720.513-69

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/06/2018

**Titular do CPF:** APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE : 623.720.513-69**

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](http://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: 16/11/2018  
Nome: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE  
CPF: 623.720.513-69

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018  
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

LEVI OLIVEIRA AMANCIO