



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 34. DISTRITO POLICIAL

Boletim de Ocorrência
Governo do Estado do Ceará
SSPD - Polícia Civil
DPM / Central de Flagrantes

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 134 - 8135 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 18/04/2015 15:58:32
Data / Hora da Ocorrência : 13/04/2015 16:30:05
Endereço da Ocorrência: AV HERÁCLITO GRAÇA C/BARÃO DE STUART

ALDEOTA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO JOSÉ DE CARVALHO
Nascimento : 23/04/1965
RG: 95002637932 Órgão Emissor: SSPDS UF: CE - CPF:
Filiação: ANTONIO LOURENÇO DE CARVALHO
FRANCISCA FERNANDES DA SILVA
Endereço: R DESEMBARGADOR GUIMARÃES 311
PRESIDENTE KENNEDY
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: 8588898843

Histórico

Notícia o registrante que: no dia, local e horário acima indicados, quando trafegava pela Av Heráclito Graça em sua moto HONDA CG 150, COR PRETA, 2009/2009, DE PLACAS NQL-2165, ao cruzar pela Avenida Barão de Studart, um VEÍCULO SEDA DE COR BRANCA (NÃO CONSEGUIU VER A PLACA, A MARCA E NEM O MODELO) avançou a preferencial e colidiu com a moto guiada pelo noticiante, que caiu ao solo e a citado veículo saiu em disparada; QUE, em razão do acidente, sofreu várias lesões no corpo e sua moto ficou bastante danificada. E nada mais disse..//

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ERVANDO DE MENDONÇA SILVA - MAT.: 137260-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

PAULO ANDRE MAIA CAVALCANTE - MAT.: 126907-1-1



A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas. Notas Públicas.
Obrigado a ser emitido. Tm. 46.
19 JUN 2015
MARIA DO SOCORRO MORTIRA HERCULANO
Escritor Autorizado na forma do Art. 204 1º da Lei 8935/94
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS
02 JUL, 2015
01
PÁGINA:

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antonio José de Carvalho, portador da carteira de identidade nº 95002637932 e inscrito no CPF/MF sob o nº 314.524.953-91, residente e domiciliado na R. Des. Guimarães 311 Pres. Kennedy, Cidade Fortaleza, Estado Ceará, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio José de Carvalho
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 ABR. 2015
PÁGINA: 02

Fortaleza 24/06/2015
Local e data



ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:10

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:10



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MAIA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP: 60.356-830 - PABX: 3488-3210

RECEITA

Antônio José de Paula.

O Paciente Acima Citado Relata

ter sido vítima de acidente de

motocicleta no dia 13/04/15,

resultando com fratura de bacia e lesão

ocular, apresentando supuração de um

vaso sanguíneo.

Leandro Medeiros do Carmo Araújo
Ortopedista e Traumatologista
CRM-EC 8259

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE, PERGUNTE AO SEU MÉDICO.

**FUTUROS
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

25 AGO. 2015

PÁGINA: _____

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:10

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:10



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: ANTONIO JOSÉ DE CARVALHO		ID Paciente:
Data de Nascimento: 23/04/1965	Idade: 50 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 20/7/2015
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reproprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação normais.
- Ausência de lesões isquêmicas ou hemorrágicas agudas.
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Fratura nasal, parede superior e medial das órbitas, etmoide e palato.
- Hematosinus.


SILVANA PINHEIRO CRM 3914

**FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS**

25 AGO. 2015

PÁGINA: 2



ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:26

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:26

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:26

FUTUROSE REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 ABR. 2015
PÁGINA: 14

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:26

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:26

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:00:26

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
ANTONIO JOSE DE CARVALHO	
DOCUMENTO / ORIGEM DO V 95002637932 SSF CE	DATA NASCIMENTO 23/04/1969
CPF 314.524.933-91	RENÇÃO ANTONIO LOURENCO DE CARVALHO FRANCISCA FERNANDES DA SILVA
SEXO M	AC AB
DATA 12/04/2015	1ª EMISSÃO 07/06/2001
VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 256897347	
Observação: <i>Antonio Jose de Carvalho</i>	
LOCAL PORTALEIRA, CE	DATA EMISSÃO 19/04/2010
46435781441 CE121217370	DETRAN-CE (CEARA)

SEGUROSEG
DE DANOS PESSOAIS DE SINISTROS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011657369409
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00147695104 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME
ANTONIO JOSE DE CARVALHO

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 31452493391 PLACA NQL2165/CE

PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C2KC16Z09R012258

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX ES ANO 1 ANO 2009 ANO MOD 2009

CAP. / POT. / CIL. 2P/149CC CATEGORIA PARTIC COR PRIMORDIANTE PRETA

I P V A	COTA ÚNICA *****	VENC. COTA ÚNICA **/**/**	VENC. / COTAS 1. *****
	FAIXA LVA *****	PARCELAMENTO / COTAS *****	2. *****
			3. *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 01/07/2014

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE



SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011657369409 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 01/07/2014

VIA 01 CPF / CNPJ 31452493391 PLACA NQL2165

RENAVAM 00147695104 MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX

ANO FAB 2009 CAT. TARE 09 NP CHASSI 9C2KC16Z09R012258

PRÊMIO TARIFÁRIO
FNS (R\$) 129,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A PAGAR DO SEGURO (R\$) 292,01

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE CITAÇÃO 30/06/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

0095



Á SEGURADORA LÍDER

ASSUNTO: CARTA DE REANÁLISE

VÍTIMA: FRANCISCO DAS CHAGAS GOMES

CPF: 040.784.003-61

SINISTRO: 3150/580725

Eu, **Antonio Jose de Carvalho**, venho por meio desta, solicitar a compreensão do Senhor Analista para que possa reanalisar meu processo, marcando uma nova perícia com médico da seguradora líder dando, desta forma, continuidade ao meu sinistro, visto que encontro-me com sequelas definitivas.

Coloco-me a disposição da Seguradora Líder para uma perícia médica nos telefones abaixo:

(85) 3252.5645 / (85) 8685.3187

Desde já, agradeço,

Fortaleza/CE, 21 de agosto de 2015


Antonio Jose de Carvalho





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO 3150 580425

CAMPO PREENCHIDO PELA

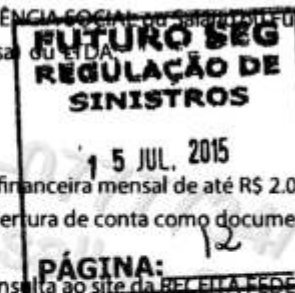
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio José de Carvalho,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 95002637932 EXPEDIDO POR _____ EM ____/____/____ E
 CPF 314524933-91 / CNPJ _____, PROFISSÃO seu
 E RENDA MENSAL DE R\$ Receita (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antonio José de Carvalho, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou EDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2383 N° da CONTA (com dígito, se existir) 03000796895

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fedeles 01 de Julho de 2015
 LOCAL E DATA

Antonio José de Carvalho
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:01:00

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:01:00

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:01:00

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:01:00

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:01:00

ASL-0777734/15
julia.salles.3999
30/07/2019 15:01:00

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antônio José de Carvalho,RG nº 9500 2637932, data de expedição 1/1, Órgão SSP/CE,CPF nº 514.524.933-91, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. Des. Jumarão</u>
Número	<u>311</u>
Apto / Complemento	<u>casu</u>
Bairro	<u>Presidente Kennedy</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>CE</u>
CEP	<u>60355-61</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 3252-5645 / 8685.3187</u>
E-mail	<u>dpvataquifortal@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Fortaleza 25 de abril 2015

Assinatura do Declarante:

Antônio José de CarvalhoFUTURO SEQ
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 ABR. 2015

PÁGINA:

14

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2015

Carta nº: 6872540

A/C: ANTONIO JOSE DE CARVALHO

Sinistro: 3150385756
Vitima: ANTONIO JOSE DE CARVALHO
Data Acidente: 12/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **30/04/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório
- Documentação médico-hospitalar

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

