



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

Boletim de Ocorrência
0001*

Governo do Estado do Ceará
SSPDS - Polícia Civil
DPM / Central de Flagrantes

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 STUDART

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

Noticia 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 o 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 :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Futuro José de Carvalho*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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



A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas. Notas Públicas.
O expediente é constante. Tm-16.

19 JUN 2015

MARIA DO SOCORRO MOREIRA HERCULANO
Escrivente Autorizado na forma do Art. 201º da Lei 8835/94
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

**FUTURO SEG
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

02 JUL. 2015

**01
PÁGINA:**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Antônio 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. Das Guimaraes 311 Bres. 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.

Antônio José de Carvalho

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

FUTUROSEG
REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 ABR. 2015
PÁGINA: 02

Local e data

Fortaleza 24/06/2015



0006*

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:60356-830 - PABX: 3488-3210

RECEITA

Antônio José da Conceição
é paciente de nome Elvino Ribeiro
ter sido vítima de acidente de
motocicleta no dia 13/04/15,
e resultado com fratura de braço e lesão
ocular, apresenta náuseas e
varôs hemorrágicos.

Legado à Heráclito do Carmo Águia
Oftalmologista Traumatologista
CIREMEC 9230

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

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

FUTUROGG REGULAÇÃO DE SINISTROS
25 AGO. 2015
PÁGINA: _____



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: ANTONIO JOSÉ DE CARVALHO	ID Paciente:
Data de Nascimento: 23/04/1965	Idade: 50 anos
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 iodoado, e reprocessamento 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

FUTUROSEO
REGULAÇÃO DE SINISTROS
30 ABR. 2015
PÁGINA: 04



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





À 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
Antonio Jose de Carvalho

FUTUROSEG REGULAÇÃO DE SINISTROS	
25 AGO. 2015	
PÁGINA: _____	



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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, Antônio José de CarvalhoPORTADOR(A) DO RG Nº 25002637932 EXPEDIDO POR _____ EM / / ECPF 304524933-01 /CNPJ 00000000-0000-000, PROFISSÃO funcionar

E RENDA MENSAL DE R\$ Receber (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Antônio 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 funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa);
- 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.

**FUTURO SEG
DU E DA
REGULAÇÃO DE
SINISTROS**

15 JUL. 2015

PÁGINA:

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) 0183 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Faculdade 01 de julho de 2015
LOCALE DATA

Antônio 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.

CAIA
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 314.524.933-91, venho perante a este instrumento declarar que não posso 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. Jumaraes</u>
Número	<u>311</u>
Apto / Complemento	<u>casu</u>
Bairro	<u>Presidente Kennedy</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>60359-61</u>
Telefone de Contato	<u>(85) 3252-5645 / 8685.3187</u>
E-mail	<u>dpvataquifortal@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

FUTUROSEQ
REGULAÇÃO DE SINISTROS

30 ABR. 2015

PÁGINA: 14

Local e Data:

Fortaleza 25/abril/2015

Assinatura do Declarante:

Antônio José de Carvalho



Nº de Inscrição:
001277451

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO G. H. DE CARVALHO
 End. Leitura: RUA DES GUIMARÃES, 311. PRESIDENTE KENNEDY
 Cidade: Fortaleza - CE
 End. Entrega:
 Cidade: CEP: 60355-010
 Local: Setor: Of. Quadra: O/Quarte: 01:0 CEP: 0000
 Subsetor: Subquadra: Compr:

ECONOMIAS	00*	000	000	000	000
Residencial:	Comercial:	Industrial:	Pública:		

INFORMAÇÕES SOBRE MEDAÇÃO

Serviço: IPMed 0075090312 Leitura Atual: 1966 | Leitura Anterior: 1956 | Volume: 15 | Média Semestral: 15.

DATAS	19/02/2015	19/02/2015	100010
Leitura Atual:	17/01/2015	Emissão:	100010
Leitura Anterior:		Próxima Leitura:	01/03/2015 Esgotos:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostras	Cloro (ppm)	Turbidez (NTU)	Cor (NTU)	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Analíticas	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Em conformidade					

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
 AVISO DE CELOS SUR PONTUALMENTE. ÁGUA TRATADA E SALVAGUARDA
 DEVIDO A FALTA DE CHUVAS FAÇA USO RACIONAL P/ EVITAR AGUAR

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		12	Mês/Ano	Aqua (m³)	Esgoto (m³)
		12/01/2015	FEV	11	11
		12/01/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	14	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	11
		01/02/2015	OCT	11	11
		01/02/2015	NOV	11	11
		01/02/2015	DEZ	11	11
		01/02/2015	JAN	11	11
		01/02/2015	FEB	11	11
		01/02/2015	MAR	11	11
		01/02/2015	ABR	11	11
		01/02/2015	MAY	11	11
		01/02/2015	JUN	11	11
		01/02/2015	JUL	11	11
		01/02/2015	AGO	11	11
		01/02/2015	SET	11	

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2015

Carta n°: 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

