
Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138301

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Data do Acidente: 28/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

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, 07 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200138301

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Data do Acidente: 28/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

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

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



(*) A vítima/beneficiária não alfabetizada deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A FCU RCGG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometerá-se a guardar a cópia do formulário, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

Assinatura de quem assina a RODO

None

236

1. *Chlorophyll a*
 2. *Chlorophyll b*
 3. *Carotenoids*
 4. *Xanthophylls*
 5. *Phycobilins*

TESTEMUNHAS

None.

CPE:

Assinature

2410

244

[Faint mirrored text from reverse side of page]

MODRTE

ENVIRONMENTAL DESIGN RESEARCH

НАНОС КАДАЕТОВА

NE DO EMITIR OU ASL:

casualties (ship) de cobertura:

1. *Journal of Management Studies*, 1997, 34, 1, 1-15.

☒ INVALIDEZ PERMANENTENORTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019316435



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 1937 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2019 09:57:23**
Data / Hora da Ocorrência: **28/05/2018 01:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FRANCISCO ANÍZIO DE PAULA, 544**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **MARANGUAPE/CE**
Ponto de Referência: **USINA DE LEITE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA**
Nascimento: **14/07/1960** CPF: **161.329.553-72**
RG: **125176478** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RAIMUNDA GURGEL BRAGA**
PAULO FERREIRA BRAGA
Endereço: **RUA MANOEL MOREIRA DE OLIVEIRA, 39**
Bairro: **CENTRO**
Município: **MARANGUAPE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98692-3468**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ2380** Uf: **CE** Município: **MARANGUAPE** Chassi:
9C2KD0550ER226913 Renavam: **1018988928** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Segundo o declarante é o proprietário da motocicleta de placa ORZ2380/CE; QUE no dia 28.05.2019, por volta das 01:30 horas estava pilotando a citada motocicleta e estava sozinho, onde se deslocava de Novo Maranguape com destino ao Centro de Maranguape, quando nas imediações da Entrada da Usina de Leite, em Maranguape, "desviou de um buraco" o qual se encontrava sobre a via de rolamento vindo a colidir na traseira de um veículo de placas não anotadas que estava estacionado no acostamento da via; QUE do acidente lesionou a perna esquerda e a bacia; QUE foi socorrido por uma ambulância do SAMU que chegou ao local por volta de 01:30 hrs do citado dia e encaminhado para o HOSPITAL I.J.F Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE, onde foi medicado e realizado procedimento cirúrgico, onde permaneceu hospitalizado por três dias. E nada mais disse.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTONIO BENICIO DA SILVA - MAT.: 09756612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 15/05/2019 10:14:37

Impresso em: 15/05/2019 10:14:37



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE MARANGUAPE
Impresso nº 2019316435



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 205 - 1937 / 2019

FRANCISCO JOSÉ FERREIRA BRAUNA - MAT.: 133828-1-6

НАНОС ЧАНАЕТОВА

PEDIDO DO SEGURO DPVAT				
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:				DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)
				☒ INVÁLIDez PERMANENTE
				MORTE
Nome completo da vítima: Antonio Cesio Gungel Braga				
CNPJ da vítima:	CPF da vítima:	Endereço: Rua Manoel M de Oliveira		
		Cidade:	Bairro:	E-mail:
Número do complemento: 39	Estado:	Profissão: Técnico		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 20.000,00	R\$ 20.001,00 ATÉ R\$ 30.000,00	R\$ 30.001,00 ATÉ R\$ 40.000,00	R\$ 40.001,00 ATÉ R\$ 50.000,00
Renda Mensal: Recuso Informar / SEM RENDA				
Dados Bancários do Beneficiário da Indenização - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA				
☒ CONTA CORRENTE (todas as opções) ☐ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos abaixo; Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)				
Agência: 0481 Conta: 2 Nome do BANCO: Banco do Brasil				
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada de minha titularidade e valor da indenização atribuída ao Seguro DPVAT que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor devido.				
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVÁLIDez PERMANENTE				
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]: ☒ Não há IML que atende 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 inválidaz permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e psicológica realizada pelo médico assistente e equipe multidisciplinar desta seguradora líder para verificação da existência e quantificação dos danos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação caso discorde do seu resultado.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheira(a) Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Falecidos: Vítima deixou nascer(não)? Sim Não Nasceu(não)? Pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não				
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas daqueles beneficiários que se apresentarem e preencherem esta condição, estando cientes ainda de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá gerar a suspensão de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
Local e Data, Fortaleza CE 27/05/19				
Assinatura do Representante Legal (se houver)				
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)				
(*) Assinatura de quem assina A ROGIO				
CNPJ:				
Nome:				
CPF:				
Testemunhas				
1ª Nome:				
CPF:				
Assinatura:				
2ª Nome:				
CPF:				
Assinatura:				



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. **ANTONIO CLÉSIO GURGEL BRAGA**, RG n.º 1251764-78, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 161.329.553-72, no dia 28/05/2018, às 01h58, no município de Maranguape-CE, na Rua Francisco Anízio de Paula n.º 544, Bairro Centro, próximo a usina de leite, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e caminhão, sendo o mesmo removido para o IJF – Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 08 de março de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. **ANTONIO CLÉSIO GURGEL BRAGA**, RG n.º 1251764-78, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 161.329.553-72, no dia 28/05/2018, às 01h58, no município de Maranguape-CE, na Rua Francisco Anízio de Paula n.º 544, Bairro Centro, próximo a usina de leite, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicleta e caminhão, sendo o mesmo removido para o IJF – Instituto Doutor José Frota. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 08 de março de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Antonio Cino Samuel Pinheiro
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 5564 616 Unidade: 11 Leito: 11/16

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Fratura Fechada

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

- 1- Cirurgia realizada: Osteonite Fechada Cirurgião: A. C. dos Santos
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: 28/05/18
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data: ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames () Sim () Não

- 1- _____ Data: ____/____/____
- 2- _____ Data: ____/____/____



ita: 29 / 05 / 18

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 8258
Médico

CRM/Carimbo

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: Roberto Carlos Gomes Idade: 45 anos
Paciente Externo? ☒ Sim ☐ Não Nº AIH/RAE: 00000000000000000000
Unid. Interação/ENFILETO: 00000000000000000000 Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

JUSTIFICATIVA

EXAMES RADIOLOGICOS

☐ Crânio ☐ Face ☐ Coluna Cervical AP/P ☐ Clavícula AP ☐ Coluna Dorsal AP/P
☐ Tórax AP/P ☐ Ombro AP/P ☐ Braço AP/P ☐ Antebraço AP/P ☐ Cotovelo AP/P
☐ Punho AP/P ☐ Mão AP/OBL ☐ Bacia AP ☐ Quadril AP/AXIAL ☐ Fêmur AP/P
☐ Escanometria dos MMII ☐ Perna AP/P ☐ Joelho AP/P ☐ Tornozelo AP/P ☐ Pé AP/OBL

EXAMES LABORATORIAIS

☐ Hemograma ☐ Glicemia ☐ Uréia ☐ Creatinina ☐ Potássio
☐ Cloro ☐ Sódio ☐ Plaquetas ☐ Cálcio ☐ TAP
☐ PTTA ☐ Lipase ☐ Amilase ☐ Colinaesterase ☐ Sumário de Urina
☐ Fast ☐ Abdomen Total ☐ Urina ☐ MID ☐ ME

OUTROS EXAMES

Recepcionista:

Roberto RCB
Médico Responsável
CRM: 15427

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

Data: / / Hora: h minutos

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL									
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE								DATA/HORA: 03/12/2018 10:07:39	
CNS: 700509302197255	NOME: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA			RG: 125176478			REGISTRO: 5564666		
CPF: 16132955372	D. NASC: 14/07/1980			ESTADO CIVIL			SEXO: M	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: RAIMUNDA GURGEL BRAGA				NOME DO PAI: PAULO FERREIRA BRAGA					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: MANOEL MOREIRA DE OLIVEIRA				Nº 39		BAIRRO: CENTRO	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 986923468		MUNICÍPIO: MARANGUAPÉ		UF: CE	CEP: 81940040		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL								TELEFONE: 986923468	
NOME: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA				PARIENTESCO:					
ACIDENTE DE TRABALHO									
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DE ATENDIMENTO:									
QUEIXAS:									
OBSERVAÇÕES:									
SINAIS VITAIS									
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		Escala de Dor:				PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: ORTOPEDIA/TRAUMATOL.									
ATENDIMENTO MÉDICO									
Anamnese:									
Exame Físico:									
Conduta:									
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:									
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:									
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:									
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

5564666

O Sr.(a)

Antônio Cláudio Siqueira Braga

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 28/05, 1978, às ____ h.

Tendo como causa do socorro

Fratura Reme C

Observações:

Requerido de 30 (Trinta) dias de afastamento habitual

Dr. Angelo L. S. Costa
Chefe de Serviço
Clínica Geral

Fortaleza, 29 de 05 de 2008

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

Você recebe este Boletim de Emergência Reg. de



PREFEITURA DE MARANGUAPE



NIS - Núcleo Integral de Saúde

Declaro para devidos fins que
Antônio César Azevedo Braga, está fazendo
fisioterapia duas vezes por semana em
decorrência de fratura de tíbia (E).

Maranguape, 14 de dezembro de 2018

Mary Nazelle S. Rocha
Fisioterapeuta
CREFITO: 209604-F

Av. Stênio Gomes, 328, P. 1ª - J. Iracema, Fone: 3369 9107



Instituto Dr. José Frota
Serviço de Traumatologia e Ortopedia



Prefeitura de
Fortaleza

NOME: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

FISIOTERAPIA MOTORA --- 30 SESSOES

TREINO DE MARCHA
FORTALECIMENTO MUSCULAR
EXTENSAO DA PERNA

FORTALEZA 27 DE AGOSTO DE 2018

Dr. Pedro Rafo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 18005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 PATENTEAMENTO DE VEÍCULOS

10000
 ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

125176478 SSP CE

161.329.553-72 14/07/1960

PAULO FERREIRA BRAGA
 RAIMUNDA GURGEL BRAGA

0328767060 07/10/2014 11/01/1984

A :

Antonio Clesio Gurgel Braga

LOCAL MARAGUAPÉ, CE DATA EMISSÃO 10/10/2014

43252992805
 CE144107899

1004575716

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PPT 01 1018988928 0000000000 2019

ANTONIO CLEBIO GURCEL BRAGA
MARANGUAPÉ

16132955372
PLACA ANT / UF
16132955372
CHASSI
9C2KD0550ER226913

PAS/MOTOCICLO/DINAM AP/LIC
HONDA/NXR150 BROS ES
2P/OCV/149CC
PARTIC

VEIC. COTA ÚNICA
VEIC. COTAS
1º
2º
3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 80.11
ICF (R\$) 0.32
PREMIO TOTAL (R\$) 84.58
DATA REFEZAMENTO 03/02/2019

MARANGUAPÉ

03
06 MAIO 2019
MARANGUAPÉ
Em Test. 06/05/2019
FERNANDO ANTONIO DE HOLANDA CARLOS
Titular do Ofício

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

CE Nº 014731653289 BILHETE DE SEGURO DPVAT
16132955372

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
014731653289 53247117716

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 02/02/2019

RENAVAM PLACA
16132955372 DRZ2380
HONDA/NXR150 BROS ES
9C2KD0550ER226913

PRÊMIO TARIFÁRIO
R\$ 80.11
ICF (R\$) 0.32
CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05
CUSTO DO ALFETE (R\$) 4.15
COTA ÚNICA

DATA DEQUITACÃO
03/02/2019

SEURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 00.245.628/0001-04

03
06 MAIO 2019
MARANGUAPÉ
Em Test. 06/05/2019
FERNANDO ANTONIO DE HOLANDA CARLOS
Titular do Ofício

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

04718
DRZ2380
COD. RENAVAM
1018988928
04718

03
06 MAIO 2019
MARANGUAPÉ
Em Test. 06/05/2019
FERNANDO ANTONIO DE HOLANDA CARLOS
Titular do Ofício

DETRAN

DETRAN

03
06 MAIO 2019
MARANGUAPÉ
Em Test. 06/05/2019
FERNANDO ANTONIO DE HOLANDA CARLOS
Titular do Ofício

03
06 MAIO 2019
MARANGUAPÉ
Em Test. 06/05/2019
FERNANDO ANTONIO DE HOLANDA CARLOS
Titular do Ofício

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107997/20

Vítima: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

CPF: 161.329.553-72

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 28/05/2018

Titular do CPF: ANTONIO CLESIO GURGEL
BRAGA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA : 161.329.553-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/04/2020
Nome: ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA
CPF: 161.329.553-72

ANTONIO CLESIO GURGEL BRAGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA