



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016

Carta nº: 9231843

A/C: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Sinistro: 3160349397 ASL-0913118/16
Vitima: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/01/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

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 COMPREV 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



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2016

Carta nº: 9231844

A/C: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Sinistro: 3160349397 ASL-0913118/16
Vitima: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2016

Carta nº 9837677

a/c: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Sinistro: 3160349397 ASL-0913118/16
Vitima: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
Data Acidente: 17/01/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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, Rinaldo Albuquena OliveiraPORTADOR(A) DO RG Nº 2004986EXPEDIDO POR SSPD S-PBEM 06/05/15 E

CPF 031993524-70 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Mecânico
 E RENDA MENSAL DE R\$ 780,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Rinaldo Albuquena Oliveira. 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 a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

 CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

 CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALBANCO 104 • AGÊNCIA 1033 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 53259-7

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

LOCAL José PessoaDATA 13/05/16ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Rinaldo Albuquena Oliveira 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.



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



Boletim de Ocorrência
0001



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00886.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00886.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 03 dia(s) do mês de Maio do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **SEVERINO DIAS DE LIMA**, AGENTE DE INVESTIGACAO, às 15:04 horas, compareceu **RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão MECÂNICO , naturalidade João Pessoa, data de nascimento 22 de Maio de 1979, idade 36, filiação **SEVERINA MARIA OLIVEIRA** e **HERMANIO ALBUQUERQUE OLIVEIRA**, Documento - CPF: 031.993.524-80, residente RUA. JUDITH MOREIRA ESPINOLA ,96, Ernani Sátiro, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98758-4493

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 17/01/16, por volta das 08:00 horas, quando conduzia a motocicleta de marca X 250 TWISTER, ano 2004, de cor vermelha, placa MNB 8923/PB, chassi nº 04R022449, registrada em nome de EDIFLAN DOS SANTOS, quando trafegava pela próximo à Empresa São Jorge, nesta capital, quando estava parado em sua moto, foi um veículo de placa não identificada, onde o notificante caiu ao solo e veio a sofrer E ZIGOMA + AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE 2º QDE, foi socorrido pelo SAMU, e ao Hospital de Emergência e trauma S. Humberto Lucena, onde submeteu a os médicos.

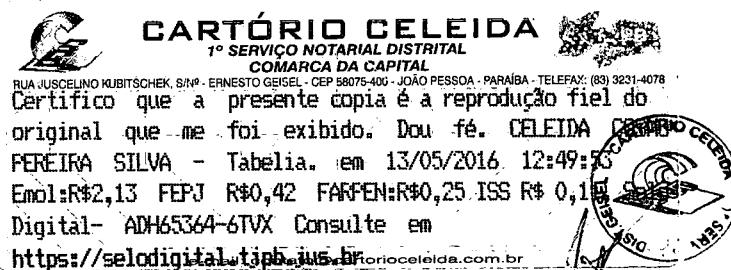
Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais convidadas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 03 de Maio de 2016

Rinaldo Albuquerque Oliveira
RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Noticiante

Severino Dias de Lima
SEVERINO DIAS DE LIMA
AGENTE DE INVESTIGACAO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Certidão de Inexistência de IML

0004*

Eu, Rivaldo Alboquerque Oliveira, portador da carteira de identidade nº 2007986 e inscrito no CPF/MF sob o nº 02199352490, residente e domiciliado na R: JUDITH MORAES ESPINOZA nº 96, Cidade João Pessoa, Estado PB, 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

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.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data

CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE LAUDO DO IML

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



0015

Eu, Rivaldo Almeida Oliveira,

RG nº 2007986, data de expedição 06/05/15, Órgão SSBS-PB,

CPF nº 03139352480, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Yuniti Morena Espinola</u>
Número	<u>96</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Ernani Satyrino</u>
Cidade	<u>Juiz de Fora</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>59080-660</u>
Telefone de Contato	<u>683-98758-4493</u>
E-mail	<u>Rivaldo Mec@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 13/05/16

Assinatura do Declarante: Rivaldo Almeida Oliveira



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Rinaldo Albuquerque Oliveira

DATA DE NASCIMENTO 22/05/79

NOME DA MÃE Severina

NOVA MÃE Severina Maria Oliveira

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 92895

BOLETIM DE ENTRADA N.º 893965

DATA DO ATENDIMENTO 17/01/16

HORA DO ATENDIMENTO 09:37

MOTIVO DO ATENDIMENTO

Fratura de zigoma + amputação traumática de 2º ODE

GID 10 S02.4 S68.1

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto, refere convulsão (crise epiléptica), apresentando ferimento contuso em face, afundamento de zigoma esquerdo com crepação, abertura bucal preservada, lesão em 2º quirodáctilo esquerdo (amputação traumática), glasgow 15. Avaliado pela Neurocirurgia, BMF e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX mão e joelho E.

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: amputação de 2º QDE.

TC: sem patologia neurocirúrgica, fratura de zigoma.

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura de zigoma + regularização de coto de amputação do 2º QDE.

ALTA HOSPITALAR: 18/01/16
DATA DA EMISSÃO: 18/04/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



REPUBÉLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB N.º 8922985478

46651032668
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA P.R.T. COBRENAVA 20110000017991-4
1 82488093-5 00/00000000

NOME/ENDEREÇO
EDIFLAN DOS SANTOS
RUA ADRISIO MOTA DE SOUSA 11
FUNCIONARIOS II
58078030 JOÃO PESSOA-PB

OPF/CNPJ 03220274463 PLACA MNB8923/PR

NOME ANTERIOR
EDILDO MORAES DA CRUZ

NOVO PB 962MC35004R022449

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CBX 250 TWISTER ANO FAB. 2004 ANO MOD. 2004

CAP/POT/CIL 2 P/249 / CT CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
0
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

N. Motor : MC35E-4022449
JOÃO PESSOA-PB LOCAL 33294 28/01/2011
DATA 40631

CONTRAN

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$

NOME DO COMPRADOR:

Rinaldo Albuquerque Que
Oliveira

RG: 200 7986 558 CPF/CNPJ: 031.993.524-80

ENDERECO:

R- ITUDÍTH MONTEIRA ESPINOLA

976, ERVANE - SATYNO

LOCACAO: 23-01-2016

Assinatura de Rinaldo Albuquerque Que

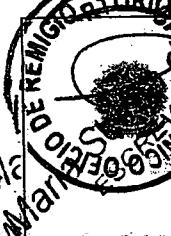
ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

30 dias. O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas e suas reindemnizações, até a data da comunicação (Lei Federal nº 8.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).

- b) O adquirente terá prazo máximo de 30(trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB).
- c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENCIADA.

DE ACORDO:

Assinatura do comprador



CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO DE REMÍGIO

Rua José Leal, 137 - Centro - Fone: (83) 3364.1246 - Remígio - PB

COMARCA DE REMÍGIO - PB.

Tabelião Analice Pereira Bronzeado

REVENTES: Maria do Socorro Barbosa Fernandes

Mércia Serafim dos Santos

Maria Selma da Silva

Assinatura de Rinaldo Albuquerque Que

conforme consta de autógrafia de

23/01/2016

CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

RUA JOSÉ CELÍNIO KÜTSCHKE, 514 - BANESTO GRISSEL - CEP 58075-400 - J. PESSOA - PARÁBA - TELEFAX: (83) 3231-4078

Reconheço Por Autenticidade a firma de RINALDO

ALBUQUERQUE DE OLIVEIRA, [39486], J. PESSOA - PB, 01/03/2016

11:09:47 Emol: R\$8,42. Farpen: R\$0,29. Fepi: R\$1,70. SERV.:

R\$0,42. Em test da verdade. Tabelião Celeida 2016 - Celeida

Silva. Selo Digital ADCE095-N52. Data: 01/03/2016

<https://selodigital.tabelionato1.com.br>

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0913118/16

Vítima: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
CPF: 031.993.524-80

Data do Acidente: 17/01/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA : 031.993.524-80

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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 07/06/2016

Data: 07/06/2016

Nome: RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 031.993.524-80

Nome: Sharon David Mendes
CPF: 172.999.967-07

RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA

Sharon David Mendes



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rinaldo Alves Veras OliveiraDATA DO ACIDENTE 17/01/16 CPF DA VÍTIMA 031 993 524 80

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Rinaldo Alves Veras OliveiraENDERECO DO PORTADOR 9 - Judith Moraes EspiúolaNº 96 COMPLEMENTO BAIRRO ENGANI SATYROCIDADE JUÍZ DE PESSOA UF PB CEP 58080 - 660E-MAIL Rivaldomf@gmail.com TELEFONE (083) 9 8752 - 4453

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13/05/16IDENTIDADE 2007986ASSINATURA Rinaldo Alves Veras Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13/05/16 MATR. CORREIOS NOME Maria Regilânia S. Marques
AGENTE DOS CORREIOS
MATRÍCULA: 04783338ASSINATURA

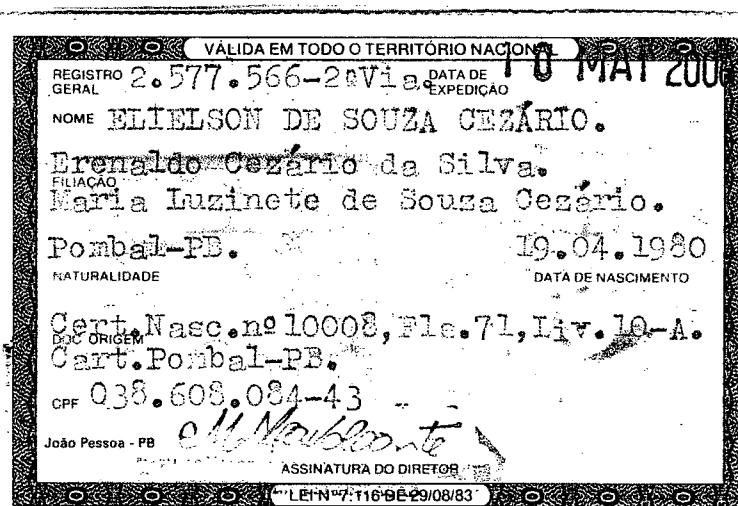
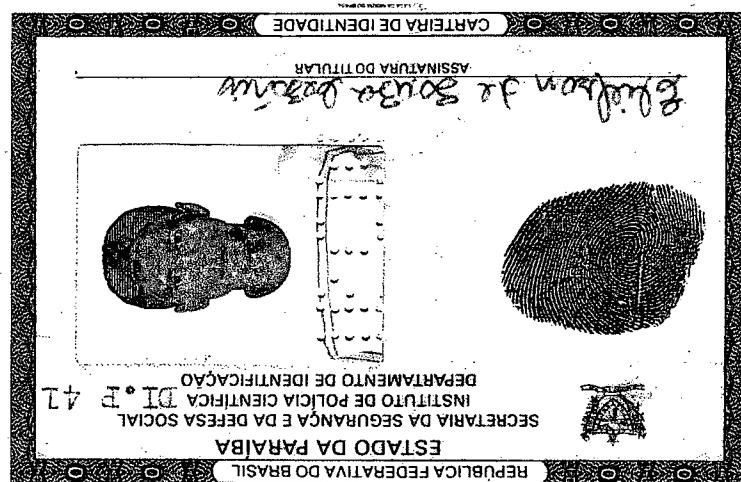
DECLARAÇÃO

EV, ELIELSON DE SOUZA CEZARIO, RG:2577566-SSP-PB,
DECLARO, PARA FINS DE COMPROVAÇÃO DE RESIDÊNCIA, QUE O SR.
RINALDO ALBUQUERQUE OLIVEIRA, RG:2007986-PB, É MEU IN-
QUILINO DESDE DEZEMBRO DE 2015, EM IMÓVEL LOCALIZADO
A RUA JUDITH MOREIRA ESPINOLA, 96 - ERNANI SÁTIRO - JOÃO
PESOA - PB.

POR SER ESSA A EXPRESSÃO DA VERDADE, FIRMO O PRE-
SENTE PARA EFEITOS LEGAIS.

JOÃO PESOA, PB - 11 DE MAIO DE 2016

Elelson de Souza Cezário
RG: 2577566-SSP-PB



PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatooficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number		
Rinaldo Albuquerque de Oliveira			
ENDERECO / Address			
Rua Judith Moreira Espinola, 98			
EM trai Satiro			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58080-860	João Pessoa	PB	Brasil



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

