



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



**IDENTIFICAÇÃO** *Bulhão Rodrigues Duval*

VÍTIMA 10/06 / 2018

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_  
CPF DA VÍTIMA 129.339.114 - 40

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
ENDERECO DO PORTADOR Rua 15 de Novembro

Nº 124 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_  
CIDADE Taubaté UF SP CEP 12.500-000

E-MAIL hmc.clausa@gmail.com TELEFONE (17) 3846-1036

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 IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME 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)

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

#### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA 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 QUIEM 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 A DOCUMENTAÇÃO DA SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (DOIS MIL E SETE CENTOS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

\* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADO.TRANSTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADO.TRANSTO.COM.BR) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

#### 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 CARTERA 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 QUIEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA  
DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE  
NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Seguradora Líder - DPVAT  
IDENTIFICAÇÃO *Guilherme Rodrigues Duva*

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



VÍTIMA *10/06/2018*  
DATA DO ACIDENTE

CPF DA VÍTIMA *129.339.114-00*

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM  
A VÍTIMA É

ENDERECO DO PORTADOR *Rua do Meireles, 15 de Novembro*  
Nº *124* COMPLEMENTO *Centro*  
CIDADE *Tuntum* UF *PE* BAIRRO *Centro*  
E-MAIL *lunrc.cclscsas@gmail.com* CEP *56.820-000* TELEFONE *(87) 3846-1036*

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 IMPÔSSIBILIDADE 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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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, TAIIS 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 (ORIGINAL)

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO • MORTE = R\$ 15.500,00

• 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 PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

\* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.

\* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADORA.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE  RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

IDENTIDADE   
NOME

ASSINATURA

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE CASAMENTO 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

**A SEGURADORA LÍDER ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT.**

**Ref.: Pedido de Reanálise de Processo Administrativo DPVAT**

**Nº Sinistro: 3180506149**

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

**Cobertura: Invalidez**

**Assunto: Negativa Técnica**

Eu, **GUILHERME RODRIGUES DIAS**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maia Roberto, vem, respeitosamente, a presente de Vossa Senhoria, **REQUERER a reanálise do processo** em questão, pois me encontro com graves sequelas decorrentes do acidente de trânsito do qual fui vítima em 10/06/2018 e tive o meu pedido de indenização negado.

Ademais, solicito a **marcação de Perícia Médica**, uma vez que não fui periciado por nenhum médico credenciado na Seguradora Líder.

**Nestes termos,**

**Pede Deferimento.**

Princesa Isabel/PB, 28 de Julho de 2019.



**GUILHERME RODRIGUES DIAS**

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora: Sompo Seguros S/A  
Consórcio de Seguro: Somcas

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

Número do Sinistro: 3190422376

Vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS

CPF: 129.339.114-00

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/06/2018

CPF da: Próprio

Titular do CPF: GUILHERME RODRIGUES DIAS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

**HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO : 041.542.024-56**

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 ao andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 27/09/2019

Nome: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO

CPF: 041.542.024-56

Data do cadastramento: 27/09/2019

Nome: Alan Silva de Oliveira

CPF: 885.800.837-53

HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO

Alan Silva de Oliveira

**SINISTRO 3190422376 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA GUILHERME RODRIGUES DIAS****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Matriz II

**BENEFICIÁRIO GUILHERME RODRIGUES DIAS**

CPF/CNPJ: 12933911400

**RECEBIDO**

05 SET 2019

Seguradora Líder DPVAT

**Posição em 29-08-2019 16:04:13**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovante de residência	Beneficiário	Não Conforme	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190422376 Cidade: Princesa Isabel Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS Data do acidente: 10/06/2018 Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

Número: 3190422376 Cidade: Princesa Isabel Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS Data do acidente: 10/06/2018 Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

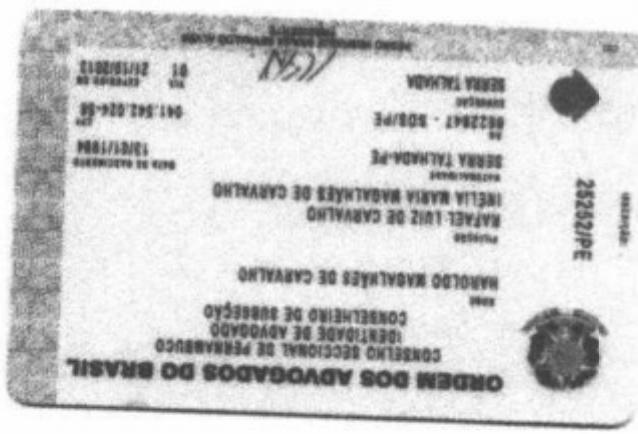
## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Timuca - PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

OUTORGANTE: GUILHERME RODRIGUES DIAS, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maia Roberto, n° 246, Maiá, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-0000.

PROCURAGÃO PARTICULAR



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** GUILHERME RODRIGUES DIAS, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maia Roberto, nº 246, Maia, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO:** HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS.

Princesa Isabel/PB, 08 de julho de 2019.

Guilherme Rodrigues Dias  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emilia Érica Alves Frazão - Tabeliã Interventora  
Rua Cel. Mariano Peixoto Lima, 321 - Centro - Princesa Isabel/PB 58755-000  
Fone: (87) 3846-7550/91 E-mail: car2@car2.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) F17MAS15/221.

GUILHERME RODRIGUES DIAS

Em testada verdade, Princesa Isabel/PB 03/07/2019 11:40:03

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente

C2017-003913EMOL/R\$ 9,91 FAROEN/R\$ 8,29 FEFJ/R\$ 1,98

SELO DIGITAL: AIU00105-LAED

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

**Vítima:** GUILHERME RODRIGUES DIAS

**CPF:** 129.339.114-00

**CPF de:** Próprio

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

**Titular do CPF:** GUILHERME RODRIGUES DIAS

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### GUILHERME RODRIGUES DIAS : 129.339.114-00

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: 10/07/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019  
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES  
CPF: 026.874.120-40

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

Número do Sinistro: 3190422376

Vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS

CPF: 129.339.114-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2018

Titular do CPF: GUILHERME RODRIGUES DIAS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

**HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56**

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](http://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: 27/09/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019  
Nome: Alan Silva de Oliveira  
CPF: 885.800.837-53

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Alan Silva de Oliveira

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETTRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO

Nº 013434643140  
VA COD. HENAVAM P.NTRC 1028595722 01/03/2018

NAMEUS DE ARAUJO DA COSTA  
SERRA TALHADA - PE  
075-421-309-86  
CNPJ / CNPJ 92201111000193  
PLACA 07330022  
Chassi 9CND11110001933  
COMBUSTÍVEL ALCO/GÁSOL  
ESPECIE/TIPO 243 / MOTOCICLETA  
MARCAS/MODELO HONDA/XRE 300  
ANO FAB 2014  
ANO MODELO 2014  
CATEGORIA PARTIC  
COR PRINCIPAL/SECUNDÁRIA BRANCA

COTA ÚNICA	VEND. COTA ÚNICA	VEIC. / COTAS
1 FAIXA IPVA	2018 007700	1º * * * * *
P	PARCELAMENTO / COTAS	2º * * * * *
V	* * * * *	3º * * * * *
A	PREMIO TARIFARIO (R\$) 100,00	VALOR TOTAL (R\$) 100,00
EM REZERVA	VALOR TOTAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)

DATA	DE JAHAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
02/03/18	100,00	100,00
INVESTIMENTO		
COTA UNICA		
MARCA/ANO		

CONTROLE

SERRA TALHADA - PE  
Charles Andrade Souza Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE  
Data 02/03/18

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, QUANDO SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434643140 BILHETE DE SEGURO DPVAT

NAMEUS DE ARAUJO DA COSTA

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

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OUT 2018

RECEBIDO

EXERCÍCIO 2010 DATA EMISSÃO 02/03/18  
CNPJ / CNPJ 075-421-304-50 PLACA 0Y89822  
VIA 102654322 HONDA/XRE 300  
REMAN 102654322 NO CHASSI SC2ND1110PR0011963  
ANO FAB 2014 COTA FARE 63  
COTA 14 COTA UNICA 1º \* \* \* \* \*

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 100,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 100,00  
CUSTO DO BILHETE (R\$) 100,00  
SEGUE O PAGO 100,00  
INVESTIMENTO 100,00  
COTA UNICA 100,00

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.249.608/0001-04  
DATA 02/03/18  
DESLIGUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELA NÃO PODE SER USADA COMO PROOF OF PAYMENT



