



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO Guilherme Rodrigues Dura

VITIMA 16/06/2018

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VITIMA 129.339.114-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR Rua 15 de Novembro

Nº 124 COMPLEMENTO _____ BAIRRO Centro

CIDADE Juazeiro UF PE CEP 55.830-000

E-MAIL lme.eduardo@gmail.com TELEFONE (81) 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSPORTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204
- 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 (DEZ MIL E SETECENTOS REAIS). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**IDENTIFICAÇÃO Guilherme Rodrigues DiasVÍTIMA 10/06/2018DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 129.339.114-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR Pqsa 15 de NovembroNº 124 COMPLEMENTO _____ BAIRRO CentroCIDADE Juazeiro UF PE CEP 55.830-000E-MAIL lme.observa@gmail.com 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 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 OU TIPOAS☐ 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 CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 072 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

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

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 foi 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 DPVAT
Consórcio de Seguros DPVAT

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 de: Próprio Titular do CPF: GUILHERME RODRIGUES DIAS

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 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

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.

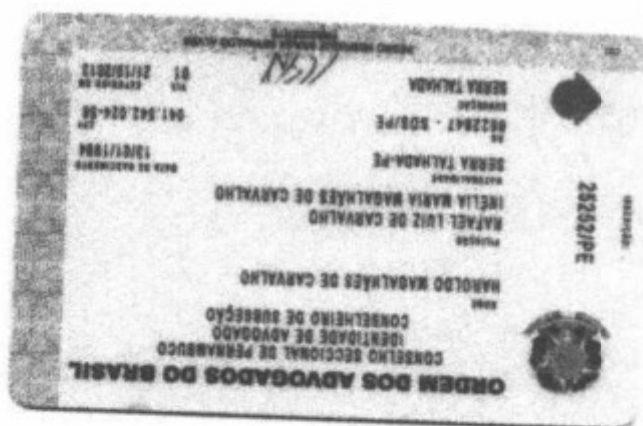
DANOS

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, Triunfo - 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, nº 246, Maia, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-0000.

PROCURAÇÃO 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.


(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interna
Rua Cel. Márcio Pimenta Lima, 122 - Centro - Princesa Isabel/PB - 58755-000
Fone: (87) 38475-5049 | E-mail: ea@emiliakerica.com

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:

GUILHERME RODRIGUES DIAS*****

Em test. da verdade. Princesa Isabel-PB 03/07/2019 Il. Kalline

Isabel Kalline Frazão da Silva - Escrevente

(2019-003913) EMOL: R\$ 49,91 FARPEN: R\$ 5,29 FEPU: R\$ 1,98

SELO DIGITAL: AIU66165-L7ED

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


Isabel Kalline Frazão da Silva
Escrevente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

Vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS

CPF: 129.339.114-00

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUILHERME RODRIGUES DIAS

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 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

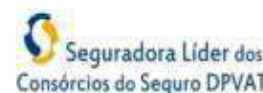
HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/06/2018

Titular do CPF: GUILHERME RODRIGUES DIAS

CPF de: Próprio

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 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

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Alan Silva de Oliveira

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013434643140
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VA 1 1028549722 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2018

NOME
MATEUS DE ARAUJO DA COSTA

SERRA TALHADA - PE 0

075.421-204-80 PLACA OY35822

PLACA ANT./UF ***** /PE CHASSI 9C2ND1110FR001983

PAZ /MOTOCICLETA ESPECÍFICO COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

HONDA/XRE 300 MARCA/MODELO ANO FAB 2014 ANO MOD 2014

2P/291CL CAP/POT/CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

1 1PVA 2018 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1ª 2ª 3ª

V 1 FAIXA L.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

A 1 PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IDE (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

SERRA TALHADA

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Discente Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OUT 2018

RECEBIDO

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

PE Nº 013434643140 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MATEUS 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

0
SERRA TALHADA - PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 02/05/18

VA 1 075.421-204-80 PLACA OY35822

1028549722 RENAVAM MARCA/MODELO HONDA/XRE 300

ANO FAB 2014 CAT (RE) 09 Nº CHASSI 9C2ND1110FR001983

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DEBITAR (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) KOF (R\$) TOTAL (R\$) DPVAT (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO DATA DE OUTAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE COBTE GARANTISADO.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013434643140
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
R.N.T.R.C. EXERCICIO
1 1028843722 ***** 2018

NOME
MATEUS DE ARAUJO DA COSTA

PLACA
SERRA TALHADA-PE 0

075.421.304-80 PLACA OY39822

PLACA ANT./UF
*****/PE

CHASSI
9C2ND1110PR001983

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

ANO FAB. ANO MOD.
2014 2014

COR. PREDOMINANTE
BRANCA

CATEGORIA
PARTIC

VEIC. COTA UNICA
1ª 1ª 2ª 3ª

VEIC. COTA UNICA
1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10% (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA

SERRA TALHADA

02/05/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Deputado Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

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

PE Nº 013434643140 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MATEUS 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

EXERCICIO DATA EMISSAO
2018 02/05/18

PLACA
SERRA TALHADA-PE

CPF / CNPJ
075.421.304-80

PLACA
OY39822

RENAVAM. MARCA / MODELO
1025543722 HONDA / XRE 300

ANO FAB. COT. (R\$)
2014 03

Nº CHASSI
9C2ND1110PR001983

PREMIO TARIFARIO
FMS (R\$) DETRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) VIF (R\$) TOTAL DO SEGURO (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO

DATA DE OUTAÇÃO

COTA UNICA

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 05.215.505/0001-04

DETRAN - PE Nº 013434643140 BILHETE DE SEGURO DPVAT
MATEUS DE ARAUJO DA COSTA