

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180540514

Vítima: WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

Data do Acidente: 17/11/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento
Declaração do Proprietário do Veículo

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13640383



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **WASHINGTON MORAIS RIBEIRO**

Nº Sinistro: **3180540514**

Vítima: **WASHINGTON MORAIS RIBEIRO**

Data do Acidente: **17/11/2014**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180540514**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13640441



Rio de Janeiro, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180540514

Vítima: WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

Data do Acidente: 17/11/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO 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 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, Washington Moreira Ribeiro
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.044.299 EXPEDIDO POR SSP RJ EM 02-01-2013
 CPF 676993025-10 / CNPJ 000000000-000000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (°) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SI
 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 pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ~~em forma~~ de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos apareçam termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcionário;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 Lotéricas 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 SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósitos;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também ~~em forma~~ ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner ou 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 081 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 167-9 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 16518-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

João Pessoa, 08 de Novembro de 2018 LOCAL E DATA Washington Moreira Ribeiro ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



Ourocard
International



4001 7867 0450 0136

4001

VALID
THRU

09/19

WASHINGTON RIBEIRO

1617-9 46.518-6

VISA

ELECTRON

Electronic use only / Apenas uso eletrônico



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone: (83) 3218-5334

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 508/2015***Inu**codor*

Aos vinte e três do mês de fevereiro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 09:13h, compareceu o (a) Senhor (a): **WASHINGTON MORAIS RIBEIRO**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 48 anos de idade, Pedreiro, Alfabetizado, filho de José Moraes Ribeiro e de Iêda Oliveira Rodrigues, RG. 1.044.239-SSP/PB, residente na Quadra 13, Lote 12, centro, Alhandra/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 17/11/14, por volta das 13:10h, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/BIZ 125 ES, cor rosa, ano 2010, de placa MOI-8942/PB, chassi nº 9C2JC4220AR308462, registrada em nome de Sueli Cristina Moraes Ribeiro, pelas proximidades do sítio Jusssara, na cidade de Alnahdra/PB, após ser atingido por um veículo, o notificante perdeu o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido fratura exposta do membro inferior esquerdo, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 23 de fevereiro de 2015.

Washington Moraes Ribeiro
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.682-8
Escrivão

RECEBIDO

13 NOV 2018

Seguradora Líder DPVAT



Comprovação de ato declaratório

SAMU
192

Alhandra

Prefeitura Municipal de Alhandra
Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMUSAMU
192

FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO USB: 42

- IDENTIFICAÇÃO/OCCORRÊNCIA

Data: 17.11.14	Ocorrência n.º: 525443	Paciente / Usuário: Washington Moraes Zibira	Idade: 48	Sexo: ☒ Masc. ☐ Fem.
Local de Ocorrência: Sítio Jussara		Bairro: Centro	Médico Regulador: Dr. Claudia	
Apelo no Local: ☐ PMA ☐ Resgate / Bombeiros ☐ Resgate PRF ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ IROTE ☐ Outro:				
QTA: ☐ Socorrido por Terceiros ☐ Recebido Atendimento ☐ Socorrido pelo Bombeiro ☐ Local não Encontrado ☐ Outro:				

- TEMPO RESPOSTA - HORÁRIOS: ANEXAR FICHA DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

- TIPO DE AGRAVO (NATUREZA DA OCORRÊNCIA)

☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO☐ TRANSFERÊNCIA: PROCEDENTE DO:☐ OUTRO:

CINEMÁTICA:

Colisão carro x moto

- ANTECEDENTES

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIA(S):

ULTIMA ALIMENTAÇÃO:

VACINAS:

EXAME FÍSICO:

☐ PÁLIDO / ☐ CIANÓTICO / ☐ ICTÉRICO / ☐ SUDORÉICO / ☐ PELE FRIA
☐ PELE ÚMIDA / ☐ ISOCÓRICO / ☐ ANISOCÓRICO / ☐ MIÓTICO
 DOR: LOCAL
☐ DISPNEIA / ☐ TAQUIPNEIA / ☐ HEMATÊMESE / ☐ HEMOPTISE /

TIPO DE FERIMENTO LOCAL

fratura exposta em MIE (Tibia / Fibula) Provável

- DESTINO João Pessoa

Local: Hospital de Trauma

Responsável:

Função:

- DADOS VITAIS

VVAA: Livre Obstruída RESPIRAÇÃO: > 30 irpm < 30 irpm PERFUSÃO CAPILAR: Retardada Não PAS: > 90 mm Hg < 90 mm Hg
 P.A.: 140x70 FC: 84 FR: 20 TEMPERATURA: 36.2 GLICEMIA: 98 E. Coma: 15
 SPO2 = 95%

- EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente vítima de colisão carro x moto; consciente, orientado apresentando provável fratura exposta em MIE "Tibia e Fibula".
 Realizado curativo compressivo + imobilização do MIE; feito AUP em MIE e administrado 1amp. de tramal EV; com seguida encaminhado ao Hospital de Trauma (João Pessoa). Enfermeiro regulador médica.

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE (NOME E NÃO ASSINATURA)

ENFERMEIRO: Lenilda COREN: 28.170 TÉCNICO DE ENFERMAGEM: Thaise COREN:
 CONDUTOR: Uziel Lenilda F. Almeida SUPERVISOR DE ENFERMAGEM (VISTO):



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Washington morais Ribeiro, portador da carteira de identidade nº 1-044.239 e inscrito no CPF/MF sob o nº 645.993.022-49, residente e domiciliado na Centro de Abandria s/nº 13 de 12 Cidade Abandria 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 reside 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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu Washington Moreira RibeiroRG nº 1.014.239, data de expedição 09/01/03 Órgão SS PB

CPF nº 645.993.091-49 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 seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Quadrado 13 lote 12</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	<u>condo</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Alhandra</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58320-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 09-11-2018Assinatura do Declarante: Washington Moreira Ribeiro

WASHINGTON MORAIS RIBEIRO
RUA CENTRO DE ALIANÇA, S/N - OD 13 LOT 12 - CENTRO
ALIANÇA / PE CEP: 55370-000 (AO-18)
Emissão: 27/07/2018 Referência: Jul/2018
Classif/Subcl: RESIDENCIAL / MONOFÁSICO B-230, 1m25 - Cód. Rede: 1 - Cód. Press: 1 - Cód. Est: 15.015.823-0
Potência: 18.20 - 237 - 1700 Nº medidor: 00006713782

energisa
ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-0
Nº de Fatura: 51636602-4
Cód. para DTE: Automático: 0001331024
Atendimento ao Cliente: 0800 083 0196
Site: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a: **Jul/2018**

Apresentação: **27/07/2018**

Data prevista da próxima leitura: **28/08/2018**

CPF / CNPJ / RANI: **645.993.024-49**

Ins. Est.: **51636602-4**

UC (Unidade Consumidora): **Canal de contato**

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Diás
Data: 27/07/18	Data: 27/07/18		118	30
Letura: 5679	Letura: 5748			
Demonstrativo				
Qtd	Descrição	Quantidade	Tarifa U	Valor
0501	Consumo em kWh	118,000	0,739090	87,25
0801	Adic. B. Vermelha			0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0904	JUROS DE MORA (06/2018)			0,00
0905	MULTA (06/2018)			0,00
0905	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA (06/2018)			0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL: 100,77 89,04 26,14 95,84 1,05 4,23

(Média últimos meses (kWh)): 141

VENCIMENTO 03/08/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 100,77

Histórico de Consumo (kWh)

143	144	139	146	152	137	130	141	124	125	145	131
Jul/17	Agos/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18

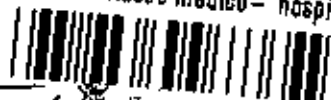
KF SERVADO A445507735a47791d2f9df ea92 d465a6bc9522

Indicadores de Qualidade			5/2018 - Mai/2018		Comparação com o Consumo		
	Limite da ANEEL	Aparentado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIG MENSAL	12,00		NORMAL	220	Serviços de DTE da Energisa/PE	22,54	22,97
DIG TRIMESTRAL	24,00				Compensação de Energia	32,59	32,44
DIG ANUAL	3,51	1,00			Serviços de Transmissão	3,45	3,18
FG MENSAL	1,22				Encargos Sociais	8,24	8,18
FG TRIMESTRAL	14,45	2,67			Imposto de Renda e Encargos	25,95	25,98
FG ANUAL	3,03				Quanto Serviços	0,00	0,00
DIG	12,72				Total	100,77	100,00
					Valor de R\$150 (por 5/2018) R\$ 36,43		

Letras em atraso

ATENÇÃO

Faturas em atraso



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

DIREÇÃO TÉCNICA

**LAUDO MÉDICO****INFORMAÇÕES PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO 28/01/67

NOME DA MÃE IEDA OLIVEIRA RODRIGUES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 795.025

Nº PRONTUÁRIO 84.486

DATA DO ATENDIMENTO 17/11/2014

HORA DO ATENDIMENTO 15:09

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA E

CID 10 S 82.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, (colisão moto x carro), trazido pelo SAMU, à cerca de 1 hora, apresentando fratura exposta em membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da perna E - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura exposta dos ossos da perna E aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico no 1º tempo pelo Dr. Leopoldo Viana, no 2º tempo pelo Dr. Odilon Filho e no 3º tempo pelo Dr. Ricardo Barros.

ALTA HOSPITALAR: 28/01/15

DATA DA EMISSÃO: 26/03/15

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416685/18

Vítima: WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

CPF: 645.993.024-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2014

Titular do CPF: WASHINGTON MORAIS
RIBEIRO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



WASHINGTON MORAIS RIBEIRO : 645.993.024-49

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: 16/11/2018
Nome: WASHINGTON MORAIS RIBEIRO
CPF: 645.993.024-49

WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ALAN CARLOS ALVES ALVES

DATA DO ACIDENTE 13.11.14 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº CPF 045453024-44

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- (X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - cópia autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) ALAN CARLOS ALVES ALVES

Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 045453024-44

E-mail alves@alves.com.br Telefone 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atendimento TPA

Atendente Alvaro da Costa Neto Matrícula 045453024-44

Data 09.11.14 Assinatura: Alvaro da Costa Neto



Seguro
DPVAT
Seguradora Líder



69243657 2 BR



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / RECEBENTE		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT 1800 0221204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
2 0 0 3 1 2 0 5	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

ATENDIMENTO



RPC

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416685/18

Vítima: WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

CPF: 645.993.024-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2014

Titular do CPF: WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

WASHINGTON MORAIS RIBEIRO : 645.993.024-49

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: 16/11/2018
Nome: WASHINGTON MORAIS RIBEIRO
CPF: 645.993.024-49

WASHINGTON MORAIS RIBEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva