

---

**Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190481495**

**Vítima: MANOEL AUGUSTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 12/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MANOEL AUGUSTO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190481495                      Vítima: MANOEL AUGUSTO DA SILVA

Data do Acidente: 12/09/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MANOEL AUGUSTO DA SILVA

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

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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



---

**Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190481495**

**Vítima: MANOEL AUGUSTO DA SILVA**

**Data do Acidente: 12/09/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MANOEL AUGUSTO DA SILVA**

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

Como o prazo de 180 (cento e 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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0280333/39 3 - CPF da vítima: 028632974-30 4 - Nome completo da vítima: Manoel Augusto da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Augusto da Silva 6 - CPF: 028632974-30  
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Boa de Azeite 9 - Número: 30 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Pilar 13 - Estado: PI 14 - CEP: 58538000  
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83.9845289

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Caixa  
AGÊNCIA: 0733  CONTA: 8520  5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - ☐ Imprescindível a presença do beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: 15 AGO 2019 CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 15-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







**CERTIDÃO DE Ocorrência POLICIAL Nº 103/2019**

**CERTIFICO**, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 102/2019, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 10 (dez) dias do mês de junho de 2019 (dois mil e dezenove), nesta cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente a **Dra. Renata Maria Costa Patu**, Delegado Polícia Civil, comigo, Policial Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 11:20h, compareceu o Sr(a). **MANUEL AUGUSTO DA SILVA**, com 46 anos de idade, nascido em 06/07/1972, brasileiro, natural de Itabaiana - PB, agricultor, solteiro, filho de AUGUSTO PEDRO DA SILVA e de SALVINA MARIA DA SILVA, RG Nº 1.713.018 - SSP/PB, CPF Nº 028.632.974-30, residente a Sítio Chã de Areia - Pilar- PB, telefone (83) 9 8738-7537.

**DECLAROU:**

QUE é no dia 12/09/2017, por volta das 06h pilotava uma motocicleta pertencente ao noticiante, mas que ainda está em nome de SEVERINO RAMOS DE PONTES, com as seguintes características: PLACA: NPR-5518 PILAR/PB, CHASSI: 9C2KC15109R104027, COR PREDOMINANTE: AZUL, MARCA/MODELO: HONDA/CG 150 TITAN KS, ANO FAB./ANO MOD.: 2009/2009; QUE naquela ocasião transitava no Sítio Chã de Areia - Pilar/PB, quando colidiu com outra motocicleta e ambos caíram e com a colisão o noticiante teve várias fraturas e cortes no rosto; QUE foi socorrido por um vizinho para o Hospital Regional de Itabaiana/PB, onde obteve os primeiros socorros e logo em seguida foi levado para o Hospital de Traumas de João Pessoa-PB; QUE ficou internado desde a manhã até à tarde do dia 12/09/2017 no referido Hospital de Traumas de João Pessoa/PB; QUE após uma semana foi feita uma revisão de avaliação no HTop em João Pessoa para averiguação das lesões sofridas no acidente acima descrito; QUE com esta Certidão de Ocorrência em mãos irá requerer o seguro DPVAT por acidente de trânsito. Nada mais disse.

Ciente o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 10 de junho de 2019, eu Policial Civil que digitei, assino.



MANUEL AUGUSTO DA SILVA

Noticiante



Marcos Antonio Vieira Lins

Policial Civil

Mat. nº 181.994-1





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0280333/39 3 - CPF da vítima: 028632 974-30 4 - Nome completo da vítima: Manoel Augusto da Silva

## REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Manoel Augusto da Silva 6 - CPF: 028632 974-30  
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio Lha de Areia 9 - Número: 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Rural 12 - Cidade: Pilar 13 - Estado: PI 14 - CEP: 58338000  
15 - E-mail: 16 - Tel/(DDD): 83.7845289

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:  
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:  
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Caixa  
AGÊNCIA: 0733  CONTA: 8520  5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: 15 AGO 2019 CPF:



40 - Local e Data, 15-08-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1209534	Nome MANCEL AUGUSTO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 08/07/1972	Idade 45 anos 2 meses 8 dias	Estado civil	Religião
Mãe SALVINA MARIA DA SILVA	Pai AUGUSTINHO PEDRO DA SILVA		
Educacionalidade	Responsável (Parentesco) JANIVANDA MENDES DA SILVA - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987591712	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento CNH	Número documento 03826880900	Nº Cns 706203480284676	
Local de procedência PILAR	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade	CBO/R	
<b>Endereço</b>			
CEP 68330000	Município de residência PILAR	UF PB	Logradouro CHÃO DE AREIA
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 12/09/2017 11:10:08	Número da carteira 1000006059032	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter da atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Líquor [ ]		ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por MAYARA LACERDA ARAUJO RIBEIRO			



Imprimir



MARIA SANTANA DA SILVA  
SIT CHA DE AREIA, SÍTIO AGRÍCOLA  
PLAN. RM CEP: 55700-000 (AB) ITA

**energisa**

Local: MONTEFASCO  
Distrito: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAXARENDÁ  
Roteiro: 3 - 12 - 117 - 1850  
Medidor: 0000866569  
Referência: Jun/2019  
Emissão: 05/06/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Bairro: Vila 28 - Centro/Realeza - 29800-000/PR - CEP: 55071-400  
CNPJ: 09.095.183/0001-43 - Inscrição: 16.015.023-0

Nota Fiscal: Conta de Energia Família Nº 006.012.000  
Cód. para Débito Automático: 00017017492

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CNPJ / CNPJ / RANI
Jun / 2019	05/06/2019	08/07/2019	063.255.004-43

UC (Unidade Consumidora): 5/1701749-2

Canal de contato

\* Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE10 - 700 kWh  
R\$ 10,490 por 20 dias úteis de 2019  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[ajude.gov.br/vacina-brasil](http://ajude.gov.br/vacina-brasil)

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
07/05/19	5555	05/06/19	5759	1	104	29

Demonstrativo										
CD	Descrição	Quantidade	Taxa	Valor Base Calc	Ald	Impostos	Valor Base Calc	Impostos	Valor Base Calc	
Tributo Total (R\$) ICMS (R\$) ICMS										
0801	Consumo até 30 kWh - BR	30,000	0,281590	8,45	8,45	27	7,33	8,45	0,09	0,43
0601	Consumo - 31 a 100 kWh - BR	70,000	0,493540	34,55	34,55	27	9,32	34,55	0,37	1,72



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIO NACIONAL  
 1219544123

NOME  
 MANOEL AUGUSTO DA SILVA

SOC. CATEGORIA / OUT. SINONÍMICO  
 1713018 007 PS

CPF  
 028.632.974-30

DATA NASCIMENTO  
 06/07/1972

FUNÇÃO  
 AUGUSTO PEDRO DA SILVA  
 SALVINA MARIA DA SILVA

PONTUAÇÃO  
 ACC  
 CEE 198  
 A3

IPRESSOR  
 02826880000

VALIDADE  
 21/12/2020

PRIMEIRAÇÃO  
 24/04/2006

DESTINAÇÃO  
 PARA OBSERVAÇÃO

*Manoel Augusto da Silva*

LOCAL  
 TIMBAUBA - PE

DATA EMISSÃO  
 21/12/2015

02863828205  
 02869573295

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)





Seguradora Líder • DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Manoel Augusto de Silva  
 DATA DO ACIDENTE 32.09.2017 CPF DA VÍTIMA 029 632 974-30  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Sítio ch' de Anic  
 Nº SIN COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Ronel  
 CIDADE Piren UF PB CEP 583 39 000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

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, 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 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, 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 35.09.2019  
 IDENTIDADE J713038  
 ASSINATURA Manoel Augusto

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0280331/19

**Vítima:** MANOEL AUGUSTO DA SILVA

**CPF:** 028.632.974-30

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 12/09/2017

**Titular do CPF:** MANOEL AUGUSTO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**MANOEL AUGUSTO DA SILVA : 028.632.974-30**

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: 15/08/2019  
Nome: MANOEL AUGUSTO DA SILVA  
CPF: 028.632.974-30

\_\_\_\_\_  
MANOEL AUGUSTO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/08/2019  
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA  
CPF: 068.954.516-92

\_\_\_\_\_  
VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA