

---

**Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2022**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3220054802**

**Vítima: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 27/04/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 042.498.213-74 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA 6 - CPF: 042.498.213-74  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA CAPITÃO RODRIGO 9 - Número: 245 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: NOVO ORIENTE 13 - Estado: CEARÁ 14 - CEP: 63.740-000  
15 - E-mail: dantasdenilson77@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (88) 9.96232760

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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: 0747 CONTA: 832658582 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 de vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, NOVO ORIENTE - CE, 08 DE NOVEMBRO DE 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Impresso nº 20221500536

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 443 / 2022****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **08/11/2022 11:40:29**Data / Hora da Ocorrência: **27/04/2020 19:00:00**Endereço da Ocorrência: **AV TEREZINHA COELHO CEP: 63.740-000, VILA FELIZ - NOVO ORIENTE/CE**

Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**Nome: **FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA**Nascimento: **14/12/1989** CPF: **042.498.213-74**RG: **2002015090601**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Identidade de Gênero: **HOMEM CIS**Orientação Sexual: **HETEROSSEXUAL**Filiação: **JOANA VIEIRA DE ARAUJO OLIVEIRA****FRANCISCO VILMAR DE OLIVEIRA**Endereço: **RUA CAPITÃO RODRIGO, 245**Bairro: **CENTRO**

CEP:

Município: **NOVO ORIENTE/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(08) 83629-1255**

Email:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OSG4142** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi: **9C6KE1520C0118516** Renavam: **527208876** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

**Histórico**

Informa o noticiante que compareceu a esta Delegacia para registrar ocorrência de acidente automobilístico para fins de recebimento do Seguro DPVAT. Relata que, em 27 de abril de 2020, por volta de 19h00min, trafegava em seu veículo YAMAHA FACTOR YBR125 PLACA OSG4142, quando envolveu-se num acidente. Relata que vinha trafegando na Avenida Terezinha Coelho, Bairro Vila Feliz, quando colidiu frontalmente com uma vaca que atravessou repentinamente a pista. Que em virtude do sinistro, fraturou os dois braços, uma costela e teve uma torção testicular. Afirma que foi socorrido por um popular, que o levou para o Hospital Municipal Dr. José Maria Fernandes Leitão, em Novo Oriente, de onde foi encaminhado no dia seguinte para o Hospital São Lucas em Crateús, para realização dos procedimentos curativos. Informa que, em virtude do sinistro, ficou cerca de dois meses com dificuldade de deslocamento, com sequelas até o presente momento. E nada mais disse.

As testemunhas DIEGO OLIVEIRA DE MACEDO, RG 99098076077 SSPCE e JULIO CÉSAR FERNANDES DA SILVA, RG 624056788 SSPSP confirmam a

x por Thiago

x Diego  
x Julio Cesar



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 443 / 2022**

ocorrência do sinistro para todos os fins legais.

O(a) noticiante e as testemunhas estão cientes de que as informações prestadas são de sua inteira responsabilidade e que a falsidade destas pode caracterizar o crime elencado nos arts. 339 e 340 do Código Penal Brasileiro.

**UNIDADE ADMINISTRATIVA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** \_\_\_\_\_

  
**Lucas Timbó Bezerra - MAT.: 30004507**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** por Thiago Vitorino Azevedo

**VISTO DO(A) DELEGADO(A):** \_\_\_\_\_

**BEATRIZ MATOS PESSOA - MAT.: 79111643**

< Diego Oliveira da Macedo  
< Julio Cesar Fernandes da Silva

## Declaração de Inexistência de IML

[X] 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 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.



Companhia Energética de São Paulo  
Rua Pedro Varella, 600  
Furiosos - CE - CEP: 44135-000  
CNPJ: 07.247.201/0001-70 - CDP: 05.305.845-3  
DOCUMENTO ADICIONAR NA NOTA FISCAL DE ENERGIA ELÉTRICA ELETRÔNICA

| CLASSIFICAÇÃO DA ENERGIA COMERCIALIZADA                                                                                                        | Tipo de fornecimento |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| B1 RESIDENCIAL - Residencial - NT002U01 - 16010 - 4377309 - CPN-308                                                                            | Monofásico           |
| JOANA VIEIRA DE ARAUJO OLIVEIRA<br>RU CAP RODRIGO, 245<br>CENTRO, NOVO ORIENTE, CE<br>CEP: 63740-000<br>CPF: ***157.051** - INSC. EST.: ISENTO |                      |
| Nº DO CLIENTE                                                                                                                                  |                      |
| 533897                                                                                                                                         |                      |

| PERÍODO DE REFERÊNCIA | PERÍODO DE VIGÊNCIA | TOTAL A PAGAR |
|-----------------------|---------------------|---------------|
| 11/2022               | 11/11/2022          | R\$ 218,57    |

| INFORMAÇÕES FISCAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <p>NOTA FISCAL N 037672637 - SERIE UNICA / DATA DE EMISSÃO: 05/11/2022<br/>EMITIDO EM CONTINGENCIA - Pendente de Autorização<br/>Consulte pela Chave de Acesso em:<br/><a href="http://dfe-portal.sefazvirtual.rs.gov.br/NF3eConsulta">http://dfe-portal.sefazvirtual.rs.gov.br/NF3eConsulta</a><br/>chave de acesso:<br/>2322 1107 0472 5100 0170 6600 0037 6726 3720 4065 1092<br/>Protocolo de autorização: 0000000000000000 - ss<br/>CFOP 5258: VENDA DE ENERGIA ELÉTRICA A NÃO CONTRIBUINTE<br/>Data de apresentação: 05/11/2022</p> |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Períodos: Band. Tarif.: Verde : 07/10 - 05/11<br>Bandeira verde em novembro/22, sem custos adicionais na fatura.<br>Informações: <a href="http://www.aneel.gov.br">www.aneel.gov.br</a> |

| DATAS DE LEITURA | LEITURA ANTERIOR | LEITURA ATUAL | Nº DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA |
|------------------|------------------|---------------|------------|-----------------|
|                  | 06/10/2022       | 05/11/2022    | 30         | 06/12/2022      |

| DECOMPOSIÇÃO DO FATURAMENTO |      |     |                |             |            |               |                |            |              |
|-----------------------------|------|-----|----------------|-------------|------------|---------------|----------------|------------|--------------|
| Item de Fatura              | Unid | Qtd | Preço un (R\$) | Valor (R\$) | PIS/COFINS | BC ICMS (R\$) | Alíq. ICMS (%) | ICMS (R\$) | Taxa un. R\$ |
| Energia Abas Fatorada TE    | kWh  | 216 | 0,28347        | 61,23       | 2,43       | 0,00          | 20,00          | 12,56      | 0,26661      |
| Energia Abas Fatorada TUSU  | kWh  | 216 | 0,25371        | 54,80       | 2,20       | 13,56         | 20,00          | 22,18      | 0,41373      |
| CP Rem Pub Pref Municipal   |      |     | 0,00000        | 17,94       | 0,00       | 0,00          | 0,00           | 0,00       | 0,00000      |
| Juros Moratórios            |      |     | 0,00000        | 1,97        | 0,00       | 0,00          | 0,00           | 0,00       | 0,00000      |
| SUBTOTAL FATURAMENTO:       |      |     |                | 135,94      |            |               |                |            |              |
| SUBTOTAL OUTROS:            |      |     |                | 82,63       |            |               |                |            |              |
| TOTAL:                      |      |     |                | 218,57      | 5,63       | 13,56         |                | 24,74      |              |

| EQUIPAMENTOS DE MEDIÇÃO E CONSUMO NO PERÍODO: |               |           |         |           |         |       |              |
|-----------------------------------------------|---------------|-----------|---------|-----------|---------|-------|--------------|
| N Medidor                                     | R Medição Reg | Data Leit | Leitura | Data Leit | Leitura | Fator | Consumo Dias |
| 4377309-CPN-308                               | HTF           | 07/OUT    | 20195   | 05/NOV    | 20195   | 1     | 216 30       |

| Consumo (kWh) |     |      |       | TAXAS |      |      |       |
|---------------|-----|------|-------|-------|------|------|-------|
| Mês           | Med | Unid | Valor | ICMS  | ICMS | ICMS | Valor |
| MEIO1         | 210 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 28,74 |
| NOV22         | 216 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 1,03  |
| OUT22         | 206 | 31   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 4,78  |
| SET22         | 194 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| AUG22         | 211 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| JUL22         | 227 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| JUN22         | 209 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| MAR22         | 213 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| FEV22         | 225 | 31   | LID   |       |      |      |       |
| JAN22         | 208 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| DEZ21         | 249 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| NOV21         | 224 | 30   | LID   |       |      |      |       |

| Consumo (kWh) |     |      |       | TAXAS |      |      |       |
|---------------|-----|------|-------|-------|------|------|-------|
| Mês           | Med | Unid | Valor | ICMS  | ICMS | ICMS | Valor |
| MEIO1         | 210 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 28,74 |
| NOV22         | 216 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 1,03  |
| OUT22         | 206 | 31   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 4,78  |
| SET22         | 194 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| AUG22         | 211 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| JUL22         | 227 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| JUN22         | 209 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| MAR22         | 213 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| FEV22         | 225 | 31   | LID   |       |      |      |       |
| JAN22         | 208 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| DEZ21         | 249 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| NOV21         | 224 | 30   | LID   |       |      |      |       |

| Consumo (kWh) |     |      |       | TAXAS |      |      |       |
|---------------|-----|------|-------|-------|------|------|-------|
| Mês           | Med | Unid | Valor | ICMS  | ICMS | ICMS | Valor |
| MEIO1         | 210 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 28,74 |
| NOV22         | 216 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 1,03  |
| OUT22         | 206 | 31   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 4,78  |
| SET22         | 194 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| AUG22         | 211 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| JUL22         | 227 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| JUN22         | 209 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| MAR22         | 213 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| FEV22         | 225 | 31   | LID   |       |      |      |       |
| JAN22         | 208 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| DEZ21         | 249 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| NOV21         | 224 | 30   | LID   |       |      |      |       |

| Consumo (kWh) |     |      |       | TAXAS |      |      |       |
|---------------|-----|------|-------|-------|------|------|-------|
| Mês           | Med | Unid | Valor | ICMS  | ICMS | ICMS | Valor |
| MEIO1         | 210 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 28,74 |
| NOV22         | 216 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 1,03  |
| OUT22         | 206 | 31   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 4,78  |
| SET22         | 194 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| AUG22         | 211 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| JUL22         | 227 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| JUN22         | 209 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| MAR22         | 213 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| FEV22         | 225 | 31   | LID   |       |      |      |       |
| JAN22         | 208 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| DEZ21         | 249 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| NOV21         | 224 | 30   | LID   |       |      |      |       |

| Consumo (kWh) |     |      |       | TAXAS |      |      |       |
|---------------|-----|------|-------|-------|------|------|-------|
| Mês           | Med | Unid | Valor | ICMS  | ICMS | ICMS | Valor |
| MEIO1         | 210 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 28,74 |
| NOV22         | 216 | 30   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 1,03  |
| OUT22         | 206 | 31   | LID   | 0,00  | 0,00 | 0,00 | 4,78  |
| SET22         | 194 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| AUG22         | 211 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| JUL22         | 227 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| JUN22         | 209 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| MAR22         | 213 | 30   | LID   |       |      |      |       |
| FEV22         | 225 | 31   | LID   |       |      |      |       |
| JAN22         | 208 | 29   | LID   |       |      |      |       |
| DEZ21         | 249 | 32   | LID   |       |      |      |       |
| NOV21         | 224 | 30   | LID   |       |      |      |       |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030568/22

**Vítima:** FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA

**CPF:** 042.498.213-74

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/04/2020

**Titular do CPF:** FRANCISCO THIAGO  
VIEIRA OLIVEIRA

**Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**FRANCISCO THIAGO VIEIRA OLIVEIRA : 042.498.213-74**

Autorização de pagamento  
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.