Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10386696

A/C: VANDO DE BRITO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170043594 ASL-0024987/17**
Vitima:	**VANDO DE BRITO SILVA**
Data Acidente:	**10/07/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R$ 13.500,00.

ATENÇÃO:
Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Tokio Marine Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10390000

A/C: VANDO DE BRITO SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder:	**3170043594 ASL-0024987/17**
Vitima:	**VANDO DE BRITO SILVA**
Data Acidente:	**10/07/2016**
Natureza:	**INVALIDEZ**
Procurador:	

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/01/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/07/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- DUT não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Tokio Marine Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 "T1%"

Nº DO SINISTRO _____

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda 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, Vanildo de Brito Silva

PORTADOR(A) DO RG Nº 2006028055713 EXPEDIDO POR SSP-CE EM 12/02/2015 E

CPF 051635823-56 /CNPJ ___-___-___. PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Vanildo de Brito Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO 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 pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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 Lotéticas 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 benefiário/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 SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, 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.

SEGURADORA LIDER DPVAT 15/01/2017 06 - 0000000000045

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 4366 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3761-7

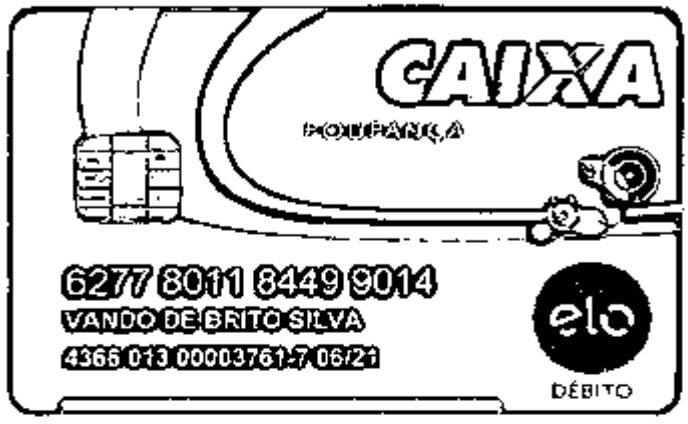
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Viçosa do Ceará, 29 de Dezembro de 2016 — Vanildo de Brito Silva

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE EXTRATO

29/12/2016 16:16.17
CONVENIO. 000642339
OPERADOR 00064233

AGENCIA: 4366 - COCAL
CONTA: 013.00003761-7
VANDO DE BRITO SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDO DE POUPANCA POR DATA LIMITE
SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA

DEPOSITOS REALIZADOS ATE 03/05/2012

DATA	VALOR
10/12	0.00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR 04/05/2

DATA	VALOR
10/12	2,33
16/12	1,60

MOVIMENTACAO

DIA	NR.DOC	HISTORICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	4,57C
		Dezembro	
05	000000	REM BASICA	0,00C
05	000000	CRED JUROS	0,01C
09	000102	CRED TED	347,74C
09	091733	SQ CX AQUI	350,00D
10	000000	REM BASICA	0,00C
10	000000	CRED JUROS	0,01C
16	160856	DP DIN LOT	170,00C
19	191445	SAQUE LOT	160,00D
19	529766	PG ORG GOV	8,40D

RESUMO

SALDO	3,93C
SALDO TOTAL	3,93C
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	3,93C

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria 0800 725 7474

caixa.gov.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

DOCUMENTO 1 "T1%"

FLS.....

Polícia Civil

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 2141 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/12/2016 16:39:59**
Data / Hora da Ocorrência: **10/07/2016 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO PADRE VIEIRA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO COMERCIO DO ANTONINO**

Noticiante(s)

Nome: **VANDO DE BRITO SILVA**
Nascimento: **15/02/1993** CPF: **051.635.823-56**
RG: **2006028055713** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **DORINEIDE RODRIGUES DE BRITO**
JOAO DE BRITO SILVA
Endereço: **VILA PADRE VIEIRA**
Bairro: **PADRE VIEIRA** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(86) 9807-4399**

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/NXR 150 BROS ES, 2012/2013, VERMELHA, PLACA OIQ 2819, CHASSI 9C2KD0550DR206880, DE PROPRIEDADE DE VANDO DE BRITO SILVA, QUE LEVAVA NA GARUPA SUA COMPANHEIRA GILMARA, ENVOLVERAM-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO FOI SURPREENDIDO E ABALROADO POR OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO INFORMADA, QUE ERA CONDUZIDA POR VALDECLEITO, RESIDENTE NO DISTRITO DE PADRE VIEIRA, RESULTANDO QUE O NOTICIANTE FICOU COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO, ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

SEGURADORA LIDER DPVAT 15/05/2017 11:06 - 000000000

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Renan Saraiva Neto INSPETOR DE POLÍCIA Mat.: 49489-1-6
RAIMUNDO RENAN SARAIVA DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 49489916

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Vando de Brito Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :
GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Vanda de Brito Silva, portador da carteira de identidade nº 2006028055713 e inscrito no CPF/MF sob o nº 051.635.823-56, residente e domiciliado na Rua Piauí - Zona rural, Cidade Vicosa do Ceará, Estado Ceará, 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:

(X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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.

DOCUMENTO 3 *T3%*

Vanda de Brito Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Vicosa do Ceará, 29.12.2016

Local e data

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará

Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle

CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH

CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 13000013610

NÚMERO DA AIH: 2316105437790

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2560852 - HOSP MATERN MADALENA NUNES

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: HOSP MATERN MADALENA NUNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: VANDO DE BRITO SILVA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 15/02/1993 - 23 anos — **SEXO:** MASCULINO

NOME DA MÃE: DORINEIDE RODRIGUES DE BRITO — **TELEFONE DE CONTATO:**

NOME DO RESPONSÁVEL: DORINEIDE — **TELEFONE DO RESPONSÁVEL:**

ENDEREÇO: SITIO PADRE VIEIRA — **BAIRRO:** ZONA RURAL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231410 - VICOSA DO CEARA — **UF:** — **CEP:**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S825 - Fratura do maléolo medial

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050376-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016288326866 - DANILLO CONSERVA ARRUDA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

ESPEC. CLÍNICA: GERAL

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 28/07/2016 - 12:52 **DATA-HORA INTERNAÇÃO:** 28/07/2016 - 17:28

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

SEGURADORA LIDER DPVAT © 15/01/2017 11:06 - 00000005049

HOSP. BENEFICENTE SÃO CAMILO — Confere com o original

DOCUMENTO 2 *1296*

HMMVC - HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

HOSPITALAR

BOLETIM DE ATENDIMENTO

Emitido em: 10/07/2016 19:57:33
1233000696
Por: JOSE ULISSES BRVILAQUA LIMA

Nr.BE.....: 12247 Data: 10-07-2016 Hora: 19:12 Incluído/Atualizado por: JOSE

Paciente....: VANDO DE BRITO SILVA
CARTAO SUS..:
Sexo.....: MASCULINO
Mãe.....: DORINEIDE RODRIGUES DE BRITO
Estado Civil: SOLTEIRO
Naturalidade:
RG.....:
Endereço....: Sítio PE VIEIRA
Bairro.....: ZONA RURAL

Data de Nascimento: 15-02-1993
Pai.....: JOÃO BRITO SILVA
Cor.....:
Nacionalidade.....:
CPF.....:
Número.....:
Cidade.....: VIÇOSA DO CEARA (CE)

Prontuário: 9270
Idade.....: 23a 04m 25d
Ocupação..:
FONE.....: C
SisPrénatal: /-.
CEP.....: 62300000

RESPONSÁVEL.: ()
DOCUMENTO.....:
CPF.....:

Unid.Interna: EMERGENCIA HMMVC
Médico.....: ADRIANA SILVA DO NASCIMENTO
SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Especialidade:

PA: [X]mmHg PULSO: [ ]. TEMP: [ ] PESO: [ ] ESTATURA: [ ]
EXAMES COMPLEMENTARES: [ ] RAIOX [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC
[ ] LIQUOR [ ] EG [ ] ULTRASONOGRAFIA
SUSPEITA DE VIOLÊNCIA OU MAUS TRATOS.: [ ] SIM [ ] NÃO
DADOS CLÍNICOS:
DATA PRIMEIROS SINTOMAS: __/__/__
Paciente refere o dia inteiro [illegible] direito e região [illegible] do Cabeça
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO: Crise de enxa
PRESCRIÇÃO: Cefalexina 500mg 1 comprimido
Dipirona 1g + 1 — 20/20
Dimenidrato 2ml 2 — 10/10
CID:
HORARIO DA MEDICAÇÃO:

DATA DA SAÍDA: / /
HORA DA SAÍDA: :
MOTIVO: [ ] DECISÃO MÉDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASÃO [ ] DESISTÊNCIA [ ] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR): _____
TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE): _____
DESTINO: [ ] ATE 48HS [ ] APÓS 48HS [ ] FAMÍLIA [ ] IML [ ] ANATOMIA PATOLÓGICA

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS) ANESTESISTAS

Sutura simples e cutânea

DATA:

CIRURGIÃO	1º AUXILIAR
Ass. e Carimbo do Cirurgião	Ass. e Carimbo
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR
Ass. e Carimbo	Ass. e Carimbo

Agentes Anestésicos

Líquidos

V PP. Arterial
A X Anestesia
Ocorrências
Pulso
Respiração
Operação

260
240
220
200
180
150
140
120
100
80
60
40
20

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação de anestesia e um maior consumo de material e medicamentos.

DATA:

Ass. e Carimbo do Anestesista - CRM

DOCUMENTO 2 *T2%*

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vando de Brito Silva

RG nº 2006028055713 data de expedição 12/02/2015 Órgão SSP-CE

CPF nº 051.635.823-56, 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)	Rua Piauí
Número	S/N
Apto / Complemento	— // —
Bairro	rural
Cidade	Viçosa do Ceará
Estado	Ceará
CEP	62 300-000
Telefone de Contato	(36) 9980743 99
E-mail	vandobrito2008@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Viçosa do Ceará, 29-12-2016.

Assinatura do Declarante: Vando de Brito Silva

Nº DO CLIENTE
953104-1

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

coelce

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 - Fortaleza-CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B4 | Nº 449444700

Rota 27 31143 11 045100 - 4 Data de Emissão 13/10/2016
Nome DORINEIDE RODRIGUES DE BRITO
End. Postal RU PIAUI 00000
- VICOSA CEARA - 62300000
Poste 0000 0000
Medidor 5086517
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA REN Fator de Potência 0,00
CGF
RG / CPF / CNPJ 964730103-00
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próximo Próxima Leitura
Out/2016	13/10/2016	11/11/2016

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
15,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4891.5353.2120.0836.6404.0142.8504.5227

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto [illegible]
Mês Ago/2016 DIC: 2,27
FIC: 0,00 | DMIC: [illegible]

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	38,00	21,46	42,92	0,00	0,00	0,00
FIC	3,55	15,19	32,35	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,78			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
14373	14370	1,00	2	0,00			
10/10/16	12/09/16		31 DIAS		30		5,25

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	15,02
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-9,77
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,66
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-16,98
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	11,07

SEGURADORA LIDER 05/01/2017 11:05 - 00000094

VENCIMENTO 11/11/2016 **TOTAL A PAGAR (R$)** 0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	3,40
Transmissão	0,09
Distribuição	1,66
Encargos Setoriais	[illegible]
Tributos ICMS PIS/COFINS	1,01
TOTAL	5,91

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
24	3	26	18	26	20	25	38	24	38	24	36	24

CONSUMO CONSCIENTE (Emissões de CO2 (kg/kWh))

Emissão kg(CO2)	Compensado kg(CO2)	Contribuição Ecológica (% CO2)
12,97	6,00	100

informações importantes e avisos de vencimento

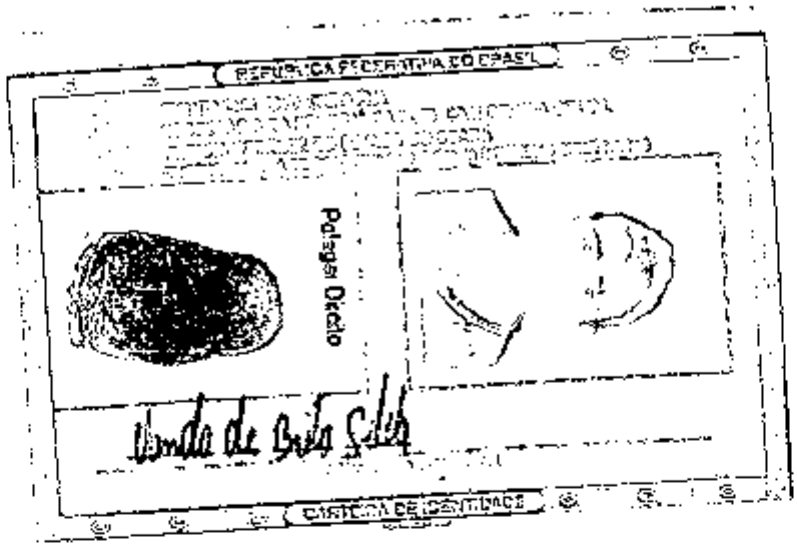
PAGAMENTO TAXA NORMAL.

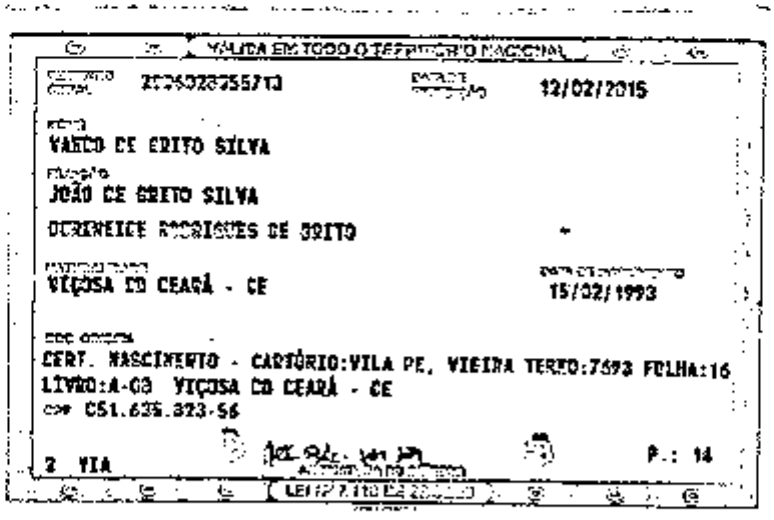
Conta sem valor futuro de 1,01 referente a ICMS e CSIP.

Nº do Cliente: 953104-1
Data de Emissão: 13/10/2016
Nº da Nota Fiscal: 449444700
Referência: Out/2016
Total a Pagar (R$): 0,00
Nº de Controle: 0000053104 00506 39462 00

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mini mo para cobranca, nao necessito pagamento. Assim, este valor sera acrescido na proxima fatura mensal sem qualquer incidencia de multas ou encargos.

DOCUMENTO 5 "T5%"





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2206028055713 12/02/2015

VARGO DE BRITO SILVA

JOÃO DE BRITO SILVA

DURINEIDE RODRIGUES DE BRITO

VIÇOSA DO CEARÁ - CE 15/02/1993

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:VILA PE. VIEIRA TERMO:7693 FOLHA:16
LIVRO:A-03 VIÇOSA DO CEARÁ - CE
CPF 051.635.323-56

2 VIA P.: 14

LEI 12.116 DE 29

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PESSOAS CRISTÍCAS

Polegar Direito

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006028055713 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/02/2015

NOME
VANIO DE BRITO SILVA

FILIAÇÃO
JOÃO DE BRITO SILVA
DORINEIDE RODRIGUES DE BRITO

NATURALIDADE
VIÇOSA DO CEARÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO
15/02/1993

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:VILA PE. VIEIRA TERMO:7693 FOLHA:16
LIVRO:A-08 VIÇOSA DO CEARÁ - CE
CPF 051.635.823-56

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 14

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

SEGURADORA LIDER DPVAT & 15 05/07/2017 11:05 - 00000005040

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Vondo de Brito Silva

DATA DO ACIDENTE 20/07/16 CPF DA VÍTIMA 051.634.923-56

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 200602905 5713

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Vondo de Brito Silva

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Piauí S/N

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO Rural

CIDADE Viçosa do Ceará UF CE CEP 62.300.000

E-MAIL vondebrito2008@hotmail.com TELEFONE (86) 9 8807 1398

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) 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)

(X) 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

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) 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

00249857/19

( ) 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/12/16

IDENTIDADE 200602905 5713

ASSINATURA Vondo de Brito Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 30/12/16 MAT. CORREIOS 8727287

NOME George A. A. Carvalho

ASSINATURA

CORREIOS 30 DEZ 2016 SIPI

Seguradora Líder · DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS — INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

SEGURADORA LIDER NUBE 6.15 05/01/2017 11:16 - 00000000038

VÍTIMA Vondo de Brito Silva

DATA DO ACIDENTE 10/07/16 CPF DA VÍTIMA 051.634.123-56

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 200602 905 5717

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Vondo de Brito Silva

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Piauí S/N

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO Rural

CIDADE Viçosa do Ceará UF CE CEP 62.300.000

E-MAIL vondobrito2008@hotmail.com TELEFONE (86) 99307-1392

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) 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)

(X) 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

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) 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 O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- 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 OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 30/12/16

IDENTIDADE 200602 905 5717

ASSINATURA Vondo de Brito Silva

RECEBIDO 30 DEZ 2016

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 30/12/16 MATR. CORREIOS 8727287-6

NOME Jeovany A. Camelo

ASSINATURA

DOCUMENTO 1 "T1%"

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

Nº 9629493530

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

6748884 1201 9629493530

BATI

VIA: 01

COD. RENAVAM: 4998148378

RNTRC: 0000000000

NOME/ENDEREÇO:
VANDO DE BRITO SILVA
R PIAUI, 00000
- SONA RURAL
62300000 - VICOSA DO CEARA/CE

CPF/CGC: 05163582356

PLACA: GIQ2819

NOME ANTERIOR:
IBIAPABA MOTOS LTDA

CHASSI: 9C2KD0550DR206880

PLACA ANT/UF: ******/CE

COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

ESPÉCIE-TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC

ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2013

MARCA/MODELO: HONDA/NXR150 BROS ES

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

CAP/POT/CIL: 2P/0CV/149CC

CATEGORIA: PARTIC

OBSERVAÇÕES:
MOTOR - KD05E5D206880
AUTID: ADMIN DEL CONS NACIONAL HONDA
LTDA

LOCAL: VICOSA DO CEARA/CE

DATA: 11/12/2013

CENTRON

SEGURANÇA LIDSR OPUM 3 & 31/01/2017 12:29 - 00000009357 357

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

N° 9629493530

DETRAN : CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

EXERCÍCIO: 2012

BAPI

VAINDO DS BRITO SILVA

VICOSA DO CEARA/CE

PLACA: HXC2819

CHASSI: 9C2JC4180CR206895

MARCA/MODELO: HONDA/HORNET 600 S3

ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2013

CAP/POTÊNCIA: 2PJ0CV/149CC

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA

SEGURO OBRIGATÓRIO

274.06

DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

ADMIN DE CONS NACIONAL HONDA LTDA

VICOSA DO CEARA

DATA: 1/12/2012

CONTRAN

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024987/17
Vítima: VANDO DE BRITO SILVA
CPF: 051.635.823-56

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/07/2016
Titular do CPF: VANDO DE BRITO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

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

DOCUMENTO 6 *T6%*

VANDO DE BRITO SILVA : 051.635.823-56
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.

Portador da documentação entregue	Responsável pelo recebimento na seguradora
Data: 17/01/2017	Data: 17/01/2017
Nome: VANDO DE BRITO SILVA	Nome: LIA NAZARETH NEVES PALAU
CPF/CNPJ: 051.635.823-56	CPF: 110.123.037-13
VANDO DE BRITO SILVA	LIA NAZARETH NEVES PALAU

DPVAT
Seguradora Líder

POSTAGEM
SEGURADOR/

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Facebook.com/dpvatoficial Youtube.com/dpvatoficial Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number
Vando do Bito Silva	86-9807.4399

ENDEREÇO / Address
RUA PIAUI S/N

CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
62300000	VICOSA do CE	CE	

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

PROBAG

DEVOLU
MUDOU-S
RECUSADO
DESCONH
NÃO PROC
AUSENTE
TENTATI
1ª __/__/
Inform
Informa
Reintr
Reinstal
Data __/__

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0024987/17
Vítima: VANDO DE BRITO SILVA
CPF: 051.635.823-56

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/07/2016
Titular do CPF: VANDO DE BRITO SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
DUT
Outros

DOCUMENTO 2 *T2%*

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.

Portador da documentação entregue	**Responsável pelo recebimento na seguradora**
Data: 01/02/2017	Data: 01/02/2017
Nome: VANDO DE BRITO SILVA	Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF : 051.635.823-56	CPF: 024.208.707-86
VANDO DE BRITO SILVA	Alexandre Tavares Belfort

SEGURODPR LIDER DPVAT 3 & 31/01/2017 12:29 - 00000039356 356

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE (M)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Vando de Brito Silva

DATA DO ACIDENTE 10/07/16 CPF DA VÍTIMA 05163982356

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 200602805513

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) REPRESENTANTE LEGAL ( ) BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR Pe Vieira

Nº COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE Viçosa do Ceará UF CE CEP 62200000

E-MAIL vandobritonotas@gmail.com TELEFONE (86) 98024399

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE = R$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R$ 13.500,00
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- 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 AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (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)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO 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)

( ) CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTE O BENEFICIÁRIO MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (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, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

( ) PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

( ) TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

( ) DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ó) DA VÍTIMA

( ) DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

( ) DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

( ) CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

( ) CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) certidão registro veículo

ACIBC COCAL DE VESIP 23 JAN 2017

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 23/01/17

IDENTIDADE 200602805513 CE

ASSINATURA Vando de Brito Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 023/01/17 NOME CORREIOS

NOME Gerry A. Carvalho

ASSINATURA

CT/DRP

Site: www.dpvatseguroobrigatorio.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Facebook.com/dpvatoficial Youtube.com/dpvatoficial Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.riverseguroobrigatorio.com.br

REMETENTE / Sender	TELEFONE / Phone Number
Vondete de Brito Silva (Vondo)	86 9 9127 4399

ENDEREÇO / Address: RUA PIAUI S/N
Pé Vieira

CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
62300-000	Vicosa	CE	

"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

PROBAG

DEVOLUÇÃO (R
☐ MUDOU-SE (Moved)
☐ RECUSADO (Refused)
☐ DESCONHECIDO (Unk
☐ NÃO PROCURADO (U
☐ AUSENTE (Absent)

TENTATIVAS DE
1ª __/__/__ às__

☐ Informação p
Information provi
☐ Reintegrado
Reinstated to serv

Data __/__/__ Re