

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Nº Sinistro: 3180540686

Vítima: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180540686**.

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 13617146



Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180540686

Vítima: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE**

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

Documentação médico-hospitalar

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](http://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 13634962



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Nº Sinistro: 3180540686

Vítima: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Data do Acidente: 10/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180540686**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/06/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

623.720.513-69

Nome completo da vítima

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE		CPF titular da conta	62372051369	Profissão	AUTONOMA
Endereço	RUA P.19 SANTA TEREZINHA II		Número	140	Complemento	
Bairro	SANTA TEREZINHA	Cidade	BARBALHA	Estado	CEARA	CEP
Email	leizecarmo@gmail.com				Telefone (DDD)	(88)988570463

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECLUSO INFORMAR: ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA  
Nº 1957  
(Informar dígito se existir)

CONTA  
Nº 53273  
(Informar dígito se existir)

BANCO  
Nome  
Nº  
AGÊNCIA  
Nº  
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JUAZEIRO DO NORTE, 13/NOVEMBRO de 2018

Local e Data

+ Aparecida da Conceição Alexandre

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CAIXA**  
POUPANÇA



5067 2250 3941 1584

5067

10/24

APARECIDA DA C ALEXANDRE

1957 013 00053273-6

**elc**

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 421 - 1846 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/08/2018 11:50:52**Data / Hora da Ocorrência: **10/06/2018 14:20:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA SANTO EXPEDITO**

Complemento:

Bairro: **MALVINAS**Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

**Noticiante(s)**Nome: **APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE**Nascimento: **09/05/2000** CPF: **623.720.513-69**RG: **20181681425**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO****JOSE SÁVIO ALEXANDRE**Endereço: **RUA P-19, 140**Bairro: **MALVINAS**

CEP:

Município: **BARBALHA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 9415-1828****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **PN10078** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:**9C2KC2200GR009379** Renavam: **1067792195** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN ESDI** AnoFabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **ANTONIO JOSE ALEXANDRE** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Afirma a noticiante, advertida nas penalidades descritas nos art. 340 e 342, ambos do CP, que sofreu um acidente de trânsito no dia 10/06/2018, por volta das 14h20min, na Avenida Santo Expedito, Malvinas, no município de Barbalha; Que estava na garupa da motocicleta HONDA/CG 160 FAN ESDI, ANO 2015/2016, DE COR PRETA, DE PLACA PN1-0078, RENAVAL 1067792195, EM NOME DE ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE, tendo como piloto a pessoa de Antonio Pinto dos Santos, na via pública quando o mesmo foi desviar do buraco e a noticiante se desequilibrou e caiu da moto quebrando o dedo da mão esquerda, machucou o joelho esquerdo e bateu a cabeça, em razão disso, desmaiou e, poucos minutos depois, acordou sendo levada para o Hospital São Vicente de Paula não sendo levada para outro local; Que a pessoa de Clara de Sousa dos Santos, residente na Rua P-23, 166, Santa Terezinha II, nesta urbe, viu o acidente e a pessoa de Paulinna dos Santos Pereira, residente na Rua P-16, 136, Santa Terezinha II, nesta urbe, não viu o acidente, mais viu quando a noticiante foi levada para o Hospital; Que não foi preciso acionar os órgãos de trânsito e nem a ambulância, pois a noticiante foi pela irmã Lurdes Francisca Alexandre para o hospital; Que está fazendo o presente Boletim de Ocorrência para fins de requerer seguro DPVAT; que foi expedido guia de exame de corpo de delito; que a pessoa que vai requer o seguro DPVAT através da noticiante é Ivanildo e nada mais disse. *X Aparecida da Conceição Alexandre*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1846 / 2018**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**

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

**FRANCISCO SILVANO REINALDO FILHO - MAT.: 300601-1-3**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** ☒ \_\_\_\_\_

*Aparecida da Conceição Alexandre*

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

**JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

CPF da Vítima

623.720.513-69

Data do Acidente

10/06/2018

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

**Assinalar uma das opções abaixo:**

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Juazeiro do Norte 05 outubro de 2018

Local e Data

Aparecida da Conceição Alexandre

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE,

RG nº 2088543458-7, data de expedição 02/07/2013,

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 066.210.093-05, com

domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA P. 19 BAIRRO MALVINAS, nº 140,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Apresentada com o nome Alexandre cujo o condutor era

Antonio Pinto dos Santos.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 160 FAN CSDI

Ano: 2016

Placa: PNT 0078

Chassi: 9C2KC2200GR009379

Data do Acidente: 13/06/2018

Local e Data: NA AVENIDA SANTO ESPÍRITO entre P. 22-23 NAS MALVINAS

Antonio José Alexandre

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Antonio Pinto dos Santos

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

(Sem reconhecimento de firma)



RECEBIDO EM

16/11/18

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO JOSÉ ALEXANDRE,

RG nº 2088543458-7, data de expedição 02/07/2013,

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 066.210.093-05, com

domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA P. 19 BAIRRO MALVINAS, nº 140,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Apresentada com a placa Alexandre cujo o condutor era

Antonio Pinto dos Santos.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA/CG 160 FAN CSDI

Ano: 2016

Placa: PNT 0078

Chassi: 9C2KC2200GR009379

Data do Acidente: 13/06/2018

Local e Data: NA AVENIDA SANTO ESPÍRITO entre P. 22-23 NAS MALVINAS



Antonio José Alexandre

Assinatura do Declarante

(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Antonio Pinto dos Santos

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

(Sem reconhecimento de firma)



RECEBIDO EM

16/11/18





**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo****Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3319915

Paciente.....: 102182 - APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Solicitante.....: CARLA SILVA NOBRE ROCHA PESSOA (HMSVP)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 833443

Idade.....: 18a 1m 10d

Atendido.....: 10/06/2018

Lauda.....: 10/06/2018

**JOELHO ESQUERDO**

- Contornos articulares e interlinhas de aspectos normais.
- Estrutura óssea conservada.
- Partes moles sem alterações.

**Hospital Maternidade São Vicente de Paulo****Radiologia - HMSVP**

Atendimento: 3319915

Paciente.....: 102182 - APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

Solicitante.....: CARLA SILVA NOBRE ROCHA PESSOA(HMSVP)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 833443

Idade.....: 18a - m 10d

Atendido.....: 10/06/2018

Lauda.....: 10/06/2018

**MÃO ESQUERDA**

- Fratura da base do 5º quirodáctilo da mão esquerda.





PREFEITURA DE  
**Barbalha**  
SECRETARIA DE SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE BARBALHA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
Rua Princesa Isabel, 187 - Centro - Barbalha/CE  
Fone: (85) 3132-2125

## RECEITUÁRIO

Apresente de consenso

Paralelamente Validação de

acidente de moto, com

Fraturas do 2º e 3º dedos  
da mão esquerda

Dr. Fco. Danning Figueiredo Lucena

MEDICO

CRM-CE 12212 DE 12/08/2018

MEDICO

Dr. Fco. Danning Figueiredo Lucena

03 DEZ. 2018

Em \_\_\_\_\_

**VOLTANDO A CONSULTA TRAZER ESTA RECEITA**  
NÃO DÊ HOSPEDAGEM AO MOSQUITO DA DENGUE  
FAÇA SUA PARTE. DENGUE MATA

RECEBIDO EM

04/12/18



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL - DEFESA SOCIAL E DEFESA SOCIAL

PROTEÇÃO PLÁSTICA

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

Polígono Direto

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

623.720.513-69

Nome

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

Nascimento

09/05/2000

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEPARTAMENTO 2018168142 - 5 DATA DE EMISSÃO 04/07/2018

NOME

APARECIDA DA CONCEIÇÃO ALEXANDRE

FILIAÇÃO

JOSÉ SÁVIO ALEXANDRE

FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

BARRALHA - CE

DATA DE NASCIMENTO

09/05/2000

DOC. ORIGIN

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 32824 FOLHA: 163

LIVRO: A-72 BARRALHA - CE

CNPJ 623.720.513-69

1 - VIA

ASSINATURA DO EMISSOR

P.: 98

LEI Nº 7.116 DE 2000

RECEBIDO EM

16/11/18

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416799/18

**Número do Sinistro:** 3180540686

**Vítima:** APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

**CPF:** 623.720.513-69

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 10/06/2018

**Titular do CPF:** APARECIDA DA  
CONCEICAO ALEXANDRE

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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: 04/12/2018  
Nome: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE  
CPF: 623.720.513-69

\_\_\_\_\_  
APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2018  
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

\_\_\_\_\_  
LEVI OLIVEIRA AMANCIO

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416799/18

**Vítima:** APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

**CPF:** 623.720.513-69

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 10/06/2018

**Titular do CPF:** APARECIDA DA  
CONCEICAO ALEXANDRE

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

**APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE : 623.720.513-69**

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: 16/11/2018  
Nome: APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE  
CPF: 623.720.513-69

APARECIDA DA CONCEICAO ALEXANDRE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2018  
Nome: LEVI OLIVEIRA AMANCIO  
CPF: 167.398.762-15

LEVI OLIVEIRA AMANCIO