

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9815256

A/C: VALDECI QUEIROZ FONSECA

Sinistro: 3160594057 ASL-1092026/16
Vitima: VALDECI QUEIROZ FONSECA
Data Acidente: 26/08/2016
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 o 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à **COMPREV SEGURADORA S/A** de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº 10765133

a/c: VALDECI QUEIROZ FONSECA

Sinistro: 3160594057 ASL-1092026/16
Vitima: VALDECI QUEIROZ FONSECA
Data Acidente: 26/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

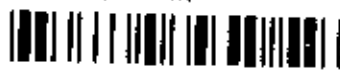
A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, 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, VALDECI QUEROZ FONSECAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.633.011EXPEDIDO POR S.G.P.B.EM 10/03/2009CPF 094093224-04 / CNPJ 000000000-00000-00 PROFISSÃO ALICULTOE RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA BENEFICIÁRIO

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susesp 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 POUANÇA 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 beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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 do código de segurança.

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 _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0997-1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 70152-4

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.

TAPEROTA PR de 05 09 de 2016

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.dpvatsegurodntransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
12ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE
TAPEROÁ-PB



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu cargo, e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei às Fls. 109, a Ocorrência nº. 0267/2016, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos dois dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de TAPEROÁ/PB, Estado da Paraíba, e na Delegacia Municipal deste município, onde se encontrava presente o Delegado de Polícia Civil, Ariosvaldo Adelino de Melo quando por volta das 10h26min compareceu o (a) Sr (a). VALDECIR QUEIROZ FÔNSECA, RG. 3.633.011 SSP/PB, CPF 094.023.234-06, brasileiro, União Estável, natural de Taperoá - PB, com 24 anos de idade, nascido em 06/10/1991, Ensino Fundamental incompleto, Agricultor, filho de Claudio Fônsaca e de Rita de Queiroz Fônsaca, residente no sítio Lagoa de Onça, zona rural, Taperoá/PB, **PARA EXPOR E NOTIFICAR QUE**: alega o noticiante que no dia 26/08/2016, por volta da 10h00min, o vinha em sua motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KS, ano 2001/2001, de placa MOM 7777/PB, CHASSI 9C2JC30101R187603, DE COR VERMELHA, licenciada em nome de Maria Aparecida Bezerra da Silva, quando sofreu um acidente de trânsito na estrada do sítio Acauã, zona rural desta cidade; QUE, do acidente o noticiante diz, e apresenta Ficha de atendimento ambulatorial onde consta que o mesmo sofreu dilaceração do polegar esquerdo. Nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão. Eu, Gilliard Guimarães Ferreira, Escrivão de Polícia, que a digitei.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.)

Valdecir Queiroz Fônsaca
Comunicante

Gilliard Guimarães Ferreira
Escrivão

Taperoá/PB, 02 de setembro de 2016.

SECRETARIA LIDER DEPAT - 08 13/09/2016 09:39 - 00000019191

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, VALDECI QUEROZ FONSECA

RG nº 3.633.011, data de expedição 10/03/2008 Órgão SS PB

CPF nº 094.023.234-06 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:

DOCUMENTO 2 'T2M'



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio LAGOA DE ANÇA</u>
Número	<u>- - -</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>ZONA RURAL</u>
Cidade	<u>TAPEEROA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58680-00</u>
Telefone de Contato	<u>88939848</u>
E-mail	<u>marcelo.dladi@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TAPEEROA 05.09.2016

Assinatura do Declarante: Valdeci Queroz Fonseca

SECRETARIA LIDER DEPUT - 094

SECRETARIA LIDER DEPUT - 094 19/05/2016 09:40 - 02000191494

HOSPITAL GERAL DE TAPERÓIA
FONE: (83) 3463-2298
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

F.A.A.: 109302 - Prontuario.: 23864
Nome.: **VALDECI QUEIROZ FONSECA** Cor: PARDO
Nasci.: 06/10/1991 Idade: 24a 10m SEXO: M Estado Civil: SOLTEIRO
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: SÍTIO ACAUAN n°S/N
Cidade.: **TAPERÓIA** /PB Cep: 58680000 Bairro.: ZONA RURAL
Telefone.: Celular: R.G.: 3633011
Mãe.: RITA DE QUEIROZ FONSECA
Pai.: CLAUDIO FONSECA

DADOS DO ATENDIMENTO

Data.: 26/08/2016 Horário: 11:15 Operador: VIVIANE
Carater.: 02 - URGENCIA Tipo de Serviço: CONSULTA
Convenio: SUS AMBULATORIO N° Cartão do Sus: 708705185017094

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM

TIPO DE CLASSIFICAÇÃO:

SINAIS VITAIS PA= 120 x 80 mmHg T= PESO= KG
FC= bpm FR= ipm SPO2= TAX °C GLICEMIA mg/dl
DUM / / DPP / / ESCALA COMDA DE GLASGOW

QUEIXA PRINCIPAL laceração no polegar (dextera)

HISTÓRIA REGRESSA

QUADRO CLÍNICO

ALERGIAS () NAO () SIM QUAL? ASS. E CARIMBO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

laceração polegar (E) Paciente vítima de
Acidente de moto.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPO)

RX mão (E)

DOCUMENTO 2 *T2*



RESULTADOS:

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

1°	HORA:	ASS TEC:
2°	HORA:	ASS TEC:
3°	HORA:	ASS TEC:
4°	HORA:	ASS TEC:
5°	HORA:	ASS TEC:

PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)

DIAGNÓSTICO

fratura do polegar.

CID-10.:

MEDICAÇÃO:

() PRESCRITA

() APLICADA

ENCAMINHAMENTO

() OBSERVAÇÃO

() INTERNAÇÃO

() ÓBITO

() RESIDÊNCIA

() OUTRO HOSPITAL

() OUTROS

() EVASÃO

() ALTA MÉDICA

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	030106006
2 -	
3 -	

MÉDICO: DR.

C.N.S.: 3626168040 CBO: 406105

CRM.:

Valdeci Queiroz Fonseca
ASSINATURA DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.633.011 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/03/2008

NOME VALDECI QUEIROZ FONSECA

PAI CLÁUDIO FONSECA

MATERIA RITA DE QUEIROZ FONSECA

NATALIDADE TAPEROA-PB DATA DE NASCIMENTO 06/10/1991

DOC. OFICIAL NASC. N. 12.196 PLS. 485 LIV. A/13

CARTORIO TAPEROA-PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-239



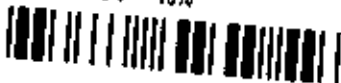


Valdeci de Queiroz Fonseca

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 3 *T396*



MINISTÉRIO DO EXERCÍCIO

Recalita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Fiscais

Número de inscrição

094.028.234-06

Nome

Nascimento

Cartão de identificação

DATA DE EMISSÃO

ABRZ008

CORREIOS

www.correios.gov.br

19/03/2016 09:39 - 000000191492

IDENTIFIED

BILHETE DE SEGURO DPVAT

MARTA APARECIDA BEZERRA DA SILVA

PLACER

PLACER

95100857404

ANUETATE DE SEGRUO DPVAT

РБ-№ 9301406072

MARTA APARECIDA PEZERRA DA SILVA

ADVANTAGES

LANG PAR 95160857404

LANG PAR 95160857404

7-670025-48 PREA40 T800081Q G-125 TITAN

[illegible]

003 12301 0181 87603

1980 FEB 11 00

2

SECRET

SECRET AND
NOFORN

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

13536-09472307

DOCUMENTO 4 "T496"



DETTRAN - PB № 9301406077

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 76406254-6 201124000412 EXERCÍCIO 2011

NOME MARIA APARECIDA BEZERRA DA SILVA

95100857409

PLACANT OF CHASSI
NOVO P8 9QZJC30101R187603

PAS/MOTOCICLE/NO, APPLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/CG 125 TITAN RS 1 AND 2 2001 2801

STYRENE POLYMERIZATION

IPVÁ. PAGO EM VENC. COTA ÚNICA 03/08/2011. VENC. COTA ÚNICA 03/08/2011. VENC. COTA ÚNICA 03/08/2011.

PAGA P.V.A.	PARCELA MENTO COTAS	
* * * * *	0	

TÍTULO **PREMIO TOTAL R\$** **DATA DE PAGAMENTO**

RECEITAS	DEBITOS	CREDITOS	RESERVA	REST. BEN. TRIBUTARIO	OBSERVAÇÕES
100	100	100	100	100	
101	101	101	101	101	
102	102	102	102	102	
103	103	103	103	103	
104	104	104	104	104	
105	105	105	105	105	
106	106	106	106	106	
107	107	107	107	107	
108	108	108	108	108	
109	109	109	109	109	
110	110	110	110	110	
111	111	111	111	111	
112	112	112	112	112	
113	113	113	113	113	
114	114	114	114	114	
115	115	115	115	115	
116	116	116	116	116	
117	117	117	117	117	
118	118	118	118	118	
119	119	119	119	119	
120	120	120	120	120	
121	121	121	121	121	
122	122	122	122	122	
123	123	123	123	123	
124	124	124	124	124	
125	125	125	125	125	
126	126	126	126	126	
127	127	127	127	127	
128	128	128	128	128	
129	129	129	129	129	
130	130	130	130	130	
131	131	131	131	131	
132	132	132	132	132	
133	133	133	133	133	
134	134	134	134	134	
135	135	135	135	135	
136	136	136	136	136	
137	137	137	137	137	
138	138	138	138	138	
139	139	139	139	139	
140	140	140	140	140	
141	141	141	141	141	
142	142	142	142	142	
143	143	143	143	143	
144	144	144	144	144	
145	145	145	145	145	
146	146	146	146	146	
147	147	147	147	147	
148	148	148	148	148	
149	149	149	149	149	
150	150	150	150	150	
151	151	151	151	151	
152	152	152	152	152	
153	153	153	153	153	
154	154	154	154	154	
155	155	155	155	155	
156	156	156	156	156	
157	157	157	157	157	
158	158	158	158	158	
159	159	159	159	159	
160	160	160	160	160	
161	161	161	161	161	
162	162	162	162	162	
163	163	163	163	163	
164	164	164	164	164	
165	165	165	165	165	
166	166	166	166	166	
167	167	167	167	167	
168	168	168	168	168	
169	169	169	169	169	
170	170	170	170	170	
171	171	171	171	171	
172	172	172	172	172	
173	173	173	173	173	
174	174	174	174	174	
175	175	175	175	175	
176	176	176	176	176	
177	177	177	177	177	
178	178	178	178	178	
179	179	179	179	179	
180	180	1			

1. CAMBIO PARA TRANSFERENCIA

107/80/9T
16708/201

94- -Addressee Agreement #1, Carolina Costa, 3-7
Office & Insurance - Bill Murray 1-3536

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1092026/16
Vítima: VALDECI QUEIROZ FONSECA
CPF: 094.023.234-06

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 26/08/2016
Titular do CPF: VALDECI QUEIROZ FONSECA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de Identificação
DUT
Outros

DOCUMENTO 5 *15%



VALDECI QUEIROZ FONSECA : 094.023.234-06

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: 29/09/2016
Nome: VALDECI QUEIROZ FONSECA
CPF/CNPJ: 094.023.234-06

Data: 29/09/2016
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

VALDECI QUEIROZ FONSECA

Patrícia Aleixo Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INABILIDADE PERMANENTE - DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Valdeci Quirino Fonseca
DATA DO ACIDENTE 26-08-2016 CPF DA VÍTIMA 034.023.234-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO 0 Inscris
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESSO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR SITIO Lagoa de Onco
Nº 54 COMPLEMENTO COSSO UF PA BAIRRO ATO NUNAL
CIDADE Itaipava CEP 56860-000
E-MAIL marcelo.nordeste@gmail.com TELEFONE (83) 988333848

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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)
- (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 CONFERIEM 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 (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS 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 CONFERIEM 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 6.194/73
- 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 02-03-2016

IDENTIDADE 3633011

ASSINATURA Heather Q. Fonseca

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 08-09-2016 MATR. CORREIOS 820185538

NOME Wendel N. de S. Santos

ASSINATURA [Assinatura]

SITE: www.dpvt.org

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvtatoficial



Youtube.com/dpvtatoficial



Twitter.com/dpvtatoficial

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMITENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
Valeci Queiroz Fonseca			
ENDEREÇO / Address			
SÍTIO bocon de arco, s/n área rural			
CEP / Zip	CIDADE / City		UF / State
58680000	Tufevod		15
PAÍS / Country			
RECICLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE			
♻️			
PROGRAMA DE RECICLAGEM DE LIXO			
BRASIL 2004-2008			