

PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-572155/2014

Aviso: CORREIOS

Natureza: Invalidez

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: RIVALDO ALVES

Data de Nascimento: 11/09/1963

Seguradora: YASUDA SEGUROS S/A

Dependência: 806

Data do Sinistro: 25/10/2013

CPF da Vítima: 575.097.605-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RIVALDO ALVES

DOCUMENTOS SINISTRO

Nenhum documento de sinistro entregue.

DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

Nenhum documento de beneficiário entregue.

CONTATO

Nome: RIVALDO ALVES

Telefone:

5-7236

OUTROS

1004054



Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão aguardando os demais necessários à continuidade da regulação do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 14/03/2014

RECEBIDO
18 MAR 2014
DELPHOS



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E D

539800080-LÍDER-DPVAT-SETEOR-PROTODOT-14-MAR-2014 18:02 495384 1/1

IDENTIFICAÇÃO:

VÍTIMA Rivaldo Alves
DATA DO ACIDENTE 26/10/2013 CPF DA VÍTIMA 525.097.605-00
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO RG 764.243 SSP/SE
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É Rivaldo Alves
ENDEREÇO DO PORTADOR Av. Santa Geneide
Nº 2437 COMPLEMENTO Casa BAIRRO OLARIA
CIDADE AAACAU UF SE CEP 49090-270
E-MAIL _____ TELEFONE (79) 8826-7236

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (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 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

- 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 27/02/2014

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 27/02/2014 MATR. CORREIOS 8.706653-1

IDENTIDADE 764.243 SSP/SE

NOME JOSE RODRIGUES DO ROSA

ASSINATURA Rivaldo Alves

ASSINATURA Jose Rodrigues do Rosa





RUA CAMPO DO BRITO, 331 - R. 13 de Julho - 49.020-380 - Anástase
CNPJ 13.013.171/0001-90 - INSC. EST. 27.051.036-2 - site: www.deso-rs.com.br
e-mail: atendimento@deso-rs.com.br - PABX (79) 3228-1000 - FAX (79) 3228-1003

08000-790195

FATURA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E ESGOTO

CONSUMIDOR		NOME DO CLIENTE	
001	143493.4	RIVALDO ALVES	
Endereço (Rua, Nº)			
AV STA GLEIDE, 2437			
CEP	Roteiro de Leitura	Ident. do Hidrômetro	Res. Com. Ind. Pub.
49090-270	016025/U0149	Y11S053403	1 0 0 0
Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo m³	Data da Leitura
446	437	10	07/07/2014
			Dias de Consumo
			30

Descrição dos Serviços

Descrição dos Serviços	Valores
ÁGUA	22,83
ESGOTO	0,00
024 ATUALIZAÇÃO MONETARIA	0,12
050 MULTA POR ATRASO	1,03
062 JUROS	0,27

Responsável	Histórico de Consumos/m³						Média
00000	01/2014 012	02/2014 007	03/2014 012	04/2014 012	05/2014 008	06/2014 011	10
Motivo da Ausência de Leitura	Código Auxiliar						
	1R000						
Débito do Exercício	Débito do Exercício Anterior						
J F M A M J J A S O N D							
Caso tenha pago desconsiderar o aviso							
A	E	S	R	Mês / Ano			
3	1	51	51	07/2014			
						VALORES EM R\$	
						ÁGUA	22,83
						ESGOTO	0,00
						SERVIÇOS	1,42
						TOTAL	24,25
						VENCIMENTO	18/07/2014

Quantidade da Água Distribuída	Turbidez	Cor	Cloro	Fúlor	Coliformes Totais	Coliformes Termotolerantes
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	2/14	não	2/14		2/14	2/14
Nº de Amostras Analizadas	4/14	4/14	4/14		4/14	4/14
Nº de Amostras em Conformidade com a Portaria 518/04	3/14	4/14	3/14		4/14	4/14

(Significado dos Parâmetros de Controle: Verbo)

As Amostras que não atenderem ao padrão foram solucionadas

Vigilância Sanitária do Município - Telefone: (79) 2106.9266

Mensagem:

"A ÁGUA NÃO DEVE SER DESPERDICADA, NEM POLUÍDA, NEM ENVENENADA, DE MANEIRA GERAL DEVE SER FEITA COM CONSCIÊNCIA E DISCERNIMENTO."

CURTA O FACEBOOK.COM/BR/DESOOFICIAL E SIGA O TWITTER@DESO_OFICIAL.

Notificações

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços.

501/09

Fatura Gerada em 18/07/2014

001003

"1004034"



RECEBIDO

17 SET 2014

DELPHOS

Nº DO SINISTRO 2013/06515.0004162 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, RIVALDO ALVES
 PORTADOR(A) DO RG Nº 764.243 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 25/04/2006
 CPF 575097605-00 /CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO CARPINTIRO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.038,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA RIVALDO ALVES, 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.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

*1004039



Bradesco

Dia & Noite

nome-se:

uma, ser apre

1)

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
 EXTRATO CONTA POUPANCA

TERM. 081748

RIVALDO ALVES

11:22 HRS

AGÊNCIA 3162 CONTA 1017697-2

27/FEV/2014

or o titular;

ntação financeira mensal;

3mica Federal);

Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até

• Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA 3162 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 101.7697-2

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL ARACAJU/SE DATA 27/02/2014

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Rivaldo Alves

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.

RECEBIDO
 18 MAR 2014
 DELPHOS



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL

POLÍCIA ON-LINE



10ª DELEGACIA METROPOLITANA

RUA PROJETADA, CONJ. ASSIS CHATEAUBRIAND FONE: (0) 3252-1616

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2013/06515.0-004162

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Endereço: RUA RUA LARANJEIRAS - ATÉ 1022/1023, CENTRO FONE: (0) (79) 3198-1120

FATO

Data e Hora do Fato: 25/10/2013 - 22:30 até 25/10/2013 - 22:30

Endereço: Número: Complemento: CEP: 49000-000

Bairro: Jabotiana Cidade: ARACAJU - SE Circunscrição: DELEGACIA ESP. DE DELITOS DE TRÂNSITO

Tipo de local: VIA PUBLICA Meio Empregado: OUTRO

VÍTIMA-NOTICIANTE

Nome: RIVALDO ALVES

Nome do pai: Nome da mãe: MARIA DAS DORES ALVES

Pessoa: Física CPF/CGC: 000.000.000-00 RG: 7642431 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: Data de nascimento: 11/07/1963 Sexo: Feminino Cor da cutis:

Profissão: AUX. DE ALMOXARIFE Estado civil: Não informado Grau de instrução:

Endereço: AV. SANT GLEIDE Número: 2437 Complemento:

CEP: 11 Bairro: NOVA LIBERDADE Cidade: ARACAJU UF: SE

Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML Guia de Exame

Descrição: LESÃO CORPORAL - RIVALDO ALVES

HISTÓRICO

RELATA QUE ESTAVA DE BICICLETA NAS IMEDIAÇÕES DO BAIRRO JABOTIANA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM VEÍCULO BRANCO, NÃO IDENTIFICADO, TENDO QUEBRADO A MÃO DIREITA, BEM COMO NESSE MOMENTO ACABOU SENDO FURTADA SUA BICICLETA MONARK DE COR AMARELA E SEU TELEFONE SANSUNG DE COR VERMELHO E PRETO, Nº 8843-2754, QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E O CONDUTOR DO VEICULO FUGIU.

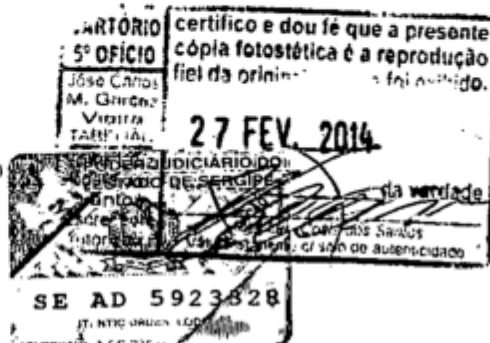
Data e hora da comunicação: 29/10/2013 às 12:11

Última Alteração: 29/10/2013 às 12:11

Rivaldo Alves
RIVALDO ALVES
Responsável pela comunicação

Tatiana Sampaio Bohana
Tatiana Sampaio Bohana
Responsável pelo preenchimento

<http://intranet.ssp.se.gov.br/boletim/BO/imprimeBO.asp>



29/10/2013

