
Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159724

Vítima: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200159724

Vítima: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 21/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSUEL PEREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **JOSUEL PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000047**

Conta: **0000096320-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

Josuel Pereira da Silva

Rua Tibira

Rosário

9 - CPF:

051.695.194-78

9 - Número:

292

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51330-160

16 - Tel. (DDD):

(81) 99897-8509

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0047

CONTA: 96320

6

AGÊNCIA:

CONTA:

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro(vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

AI TRIPLE CAMERA Josuel Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPATRI - DELEGACIA DE POLICIA DE DELITOS DE TRANSITO - DPDT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E2093000029

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/01/2020** às **09:17**

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **21/11/2019** às **05:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA MARECHAL MASCARENHAS DE MORAIS, 1 - Bairro: IMBIRIBEIRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SUPERMECADO ATACADÃO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR/AGENTE)
JOSUEL PEREIRA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL PEREIRA DA SILVA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSUEL PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLENE SILVA DOS SANTOS** Pai: **ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **24/9/1983** Naturalidade: **JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **52210814/SSP/SP (RG)**, **05169519478 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA IBIRA, 292, TRÊS CARNEIRO-IBURA - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

A INVESTIGAR (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSUEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSUEL PEREIRA DA SILVA**
JOSUEL PEREIRA DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CB TWISTER** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCS5174 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

FORMA A VITIMA QUE VINHA GUIANDO A SUA MOTOCICLETA NO ENDEREÇO CITADO, QUANDO COCHILOU SENDO A BATER NA TRAZEIRA DE UM CAMINHÃO DE PLACA NÃO ANOTADA, O MESMO FOI SOCORRIDO PARA H.R., INFORME ATENDIMENTO DE NUMERO 1513227, CASO AFETO A DELEGACIA DE BOA VIAGEM.

14/01/2020

Joseil Pereira da Silva
JOSUEL PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

Boletim de Ocorrência

B.O. registrado por: **ADEILTON PEREIRA GOMES** Matrícula: **159741-8**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo:

Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

Josuel Pereira da Silva

Rua Tibira

Rosário

9 - CPF:

051.695.194-78

9 - Número:

292

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51330-160

16 - Tel. (DDD):

(81) 99897-8509

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0047 ☐ CONTA: 96320 ☐ 6

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: ☐ ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

AI TRIPLE CAMERA Josuel Pereira da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

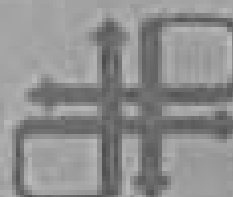
CLIENTE: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 000000096320-6

Nr. da Autenticação 99CA548073B3EB2A



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2020 *Veículos Usados*



JOSUEL PEREIRA DA SILVA

RUA IBIRA 292

ESG

COHAB

51330-160 RECIFE PE

PCS5174

HONDA/CB 250F TWISTER



PERNAMBUCO

Cartão

RETRATADO

COHAB

Cartão
21/01/2020



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DO TURISMO
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
ARTESANATO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



NOME

JOSUEL PEREIRA DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

52210814 SSP SP

CPF

051.695.194-78

DATA NASCIMENTO

24/09/1983

1421255395
VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL



FILIAÇÃO

ANTONIO PEREIRA DA
SILVA

MARLENE SILVA DOS
SANTOS

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

04828451209

VALIDADE

28/12/2021

1ª HABILITAÇÃO

11/11/2009

OBSERVAÇÕES

EAR



PROIBIDO PLASTIFICAR

1421255395

LOCAL

RECIFE - PE

ASSINATURA DO PORTADOR

Josuel Pereira da Silva

DATA EMISSÃO

10/02/2017

Odairius Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

50064353365

PZ076889807



PERNAMBUCO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200159724 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSUEL PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 21/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA JOELHO ESQUERDO

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 10

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO D : APRESEN AÇÃO DE I

		IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Vítima:		CPF da vítima:	
Data do Acidente:			
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador: ☐ Vítima ☐ Representante		Legal, cujo parentesco com a vítima é:	
Endereço do portador:			
Número: _____ Complemento: _____		Bairro:	
Cidade: _____	UF: _____	EP: _____	Telefone: () _____
E-mail: _____			

MA	QUE (X) PARA C	DA DOCUMENT	APRESENTADO
DO	JUMENTOS BÁSIC	S - INVALIDEZ P	RMIANENTE:
☐ R	mutário de Pedido do	seguro DPVAT	
☐ R	istro de ocorrência es	edido pela autoridade	oficial (cópia simples e legível)
☐ C	eira de identidade de	ítima ou certidão de n	ascimento ou certidão de casamento ou carteira de
	salho ou Carteira Naci	al de Habilitação (cóp	simples e legível)
☐ C	do vítima (cópia simp	s e legível)	
☐ L	do do IML (cópia simp	s e legível)	
☐ D	aração de Ausência e	Laudo do IML, presen	no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ B	tim de atendimento	spitalar ou ambulatori	(cópia simples e legível)
☐ O	provanete de residên	em nome da vítima (	pia simples e legível)

DOCUMENTOS COMPLETAMENTARES - IN	VALIDADEZ PERMANENTE:
☐ Carteira de identidade do representante Legal, se houver, ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)	☐ Nascimento ou certidão de casamento (cópia simples e legível)
☐ Documento de identidade do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)	☐ Cópia simples e legível
☐ Documento de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)	☐ Cópia simples e legível
☐ Documento de Representante Legal quem representa a v	☐ Cópia simples e legível

		PORTADOR DA DO	IMENTAÇÃO APRES	ITADA
Data:				
Iden	tade:			
Assi	tura:	José de Sousa		

DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E IAMS

DOCUMENTOS B	MARKER (X) PAI	CADA DOCUM	TO APRESENTA
DOCUMENTOS B	SICOS - DAMS:		
Formulário de Per	lo do Seguro DPVAT	idade policial (cóp	simples e legível)
Registro de ocorri	cia expedido pela au	ção de nascimento o	certidão de casamen ou carteira
Carteira de identid	de da vítima ou cert	tação (cópia simples	legível)
de trabalho ou Ca	tira Nacional de Hab		
CPF da vítima (cóp	simples e legível)		
Relatório do médi	assistente, informa	lo as lesões sofridas	n decorrência do aci nte e o
tratamento reali	o (cópia simples e le	vel)	
Comprovantes (or	inais e legíveis) das t	pesas médicas hos	alares quitadas
Notas fiscais (orig	ais e legíveis) de fart	cia acompanhadas t	respectivo receituári médico (c
Comprovante de re	lência em nome da vit	a (cópia simples e legi	

	MARQUE (X) PAI	CADA DOCUM	TO APRESENTA
DOCUMENTOS COMPLEMENTARES	DAMS:		
☐ Carteira de Identidade de casamento ou de Trabalho	Legal, se houver, ou Carteira Nacional de Trabalho	Carteira de Nascimento ou certidão de casamento (cópia simples e legível)	
☐ CPF do representante legal, se houver	Cópia simples e legível		
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal	Representante legal, se houver (cópia simples e legível)		
☐ Atestado de nascimento ou certidão de casamento (cópia simples e legível)	Representante legal é quem representa a vítima menor, de 15 anos. (pai ou tutor)		

VALORES DE INDICAÇÕES:		INDICAÇÕES IMPORT	NTES
	Morte	R\$ 13.500,00	
	Invalid	Permanente = até	\$ 13.500,00
	Despesas Médicas (DAMS)	até R\$ 2.700,00 (R\$ 2.700,00)	

O prazo para pagamento da indenização é de	10 dias contados a partir da entrega da documentação
Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, ou	os listados

Para acompanhar o adido de indenização acesse www.segura.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para as cidades e regiões metropolitanas: 4020-1155) ou para outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL	LO RECEBIMENTO Nº	SEGURADORA
Data:		
Nome:		
Assinatura:		

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124398/20

Vítima: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 051.695.194-78

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 21/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSUEL PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSUEL PEREIRA DA SILVA : 051.695.194-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/04/2020
Nome: JOSUEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 051.695.194-78

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/04/2020
Nome: RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA
CPF: 703.646.014-85

JOSUEL PEREIRA DA SILVA

RAPHAELLA CRISTINA CAVALCANTI DA SILVA