

Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10342743

A/C: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170028563 ASL-0011487/17
Vítima: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA
Data Acidente: 29/08/2016
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 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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10343297

A/C: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170028563 ASL-0011487/17
Vitima: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA
Data Acidente: 29/08/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/12/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **29/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo 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 **GENTE 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



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2017

Carta nº 11290998

a/c: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA

Sinistro: 3170028563 ASL-0011487/17
Vítima: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA
Data Acidente: 29/08/2016
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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL DE RORAIMA
Telefone/Fax 95 3542-1333 / 3542-1194 / PRV 542
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MUCAJÁI

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Boletim de Ocorrência Nº: 1705/2016		Data: 24/11/2016	Hora: 12h11m
Nome: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA		Alcunha:	
Identidade RG Nº: 346264-1 SSP/RR		CPF: 269.435.652-49	
Endereço: Vicinal Serra Dourada - Região do Tamandaré		Bairro: Zona Rural	
Ponto de Referência:			
Cidade: Mucajaí	Estado: RORAIMA	Telefone:	
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: Codó	Estado: MA	
Filiação: Cícero Agostinho de Souza Lima e Otaviana Ribeiro Silveira			
Profissão: Agricultora	Data de Nascimento: 16/06/1958	Idade: 58 anos	
Estado Civil: viúva	Grau de Instrução: Ensino Fundamental Incompleto		
Cor/Raça:			

DADOS DA OCORRÊNCIA E DO AUTOR

Natureza: Acidente de Tráfego com vítima Lesão Corporal	Código: 1001
Nome/Autora:	
CPF/RG:	Filiação:
Endereço:	
Local da Ocorrência: Primeira ponte da estrada do Tamandaré - Zona Rural	

Senhor Delegado,

Compareceu nesta Delegacia de Polícia Civil de Mucajaí para comunicar: QUE no dia 29 de agosto do corrente ano, por volta das 08h00min, a comunicante trafegava na estrada do tamandaré na garupa da motocicleta do senhor Francisco das Chagas, quando estava em cima da ponte o pneu traseiro da motocicleta HONDA/CG 125 TITAN KSE, PLACA NAK-9985, CHASSI 9C2JC30213R645794, RENAVAL 00805050140, de propriedade ANTONILSON DOMINGOS FARIAS DE MENEZES, CPF nº 314.272.272-68, escorregou vindo a causar o acidente da qual fraturou o braço direito da comunicante. A comunicante registrou o Boletim de Ocorrência para da entrada no Seguro DPVAT. Era o que tinha a relatar.

 Maria Luisa Rufino Sec. de diretor Matrícula 20091982	 Maria Gorete Silveira Lima Comunicante
---	---

Despacho ☐ FATO ATÍPICO ARQUIVA-SE ☐ AGUARDA EM CARTÓRIO POR REPRESENTAÇÃO CRIMINAL ☐ INTIME-SE AS PARTES TCO/BOC PELO DELITO _____ PREVISTO NO ART. _____ ☐ INTIME-SE O COMUNICANTE PARA DECLARAÇÕES E REP. CRIMINAL. LOCAL _____ DATA ____/____/____ _____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL	Despacho DOCUMENTO 1 "T196" LOCAL _____ DATA ____/____/____ _____ ASS. AUTORIDADE POLICIAL
--	---

CARTÓRIO NATHÁLIA LAGO
COMARCA DE MUCAJAI - RR
BLL. NATHÁLIA GABRIELE LAGO DA SILVA
R. A. Bm. Osmar da Silva, 73 - Centro - CEP: 69400-000
Mucajaí - RR - Tel.: (95) 3542-1333

TABELIONATO DE NOTAS
Comarca de Mucajaí-RR
CERTIFICO que a presente fotocópia está igual
ao original que me foi apresentado, e conferi
Mucajaí-RR, 13/12/2016
Em test: Janice Conceição da Silva da verdade
Janice Conceição da Silva
Escrevente Autorizada



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA GORETE SILVEIRA LIMA, portador da carteira de identidade nº 346264-1 e inscrito no CPF/MF sob o nº 269.435.652-49, residente e domiciliado na V. IPIRANGA Lote 02, Cidade MUCAMBA, Estado PARAIBA, 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 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 *T34*



Maria Gorete Silveira Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Mucamba 13/12/16

Local e data

PACIENTE
MARIA GORETE SILVEIRA LIMA
CNS 898002761484101
16/03/1958 58a Identid 3462641

SEXO ☐ MASC. ☒ FEM. CODD ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☒ 5

PAI
CICERO AGUSTINHO DE SOUZA LIMA
MÃE
OTAVIANA RIBEIRO SILVEIRA

ENDEREÇO
VIC. SERRA DOURAD TAMANDAR II, 0000 - CASA
SAZIRO
MUCAJAI ZONA RURAL CIDADE
MUCAJAI RR

EMERGENCIA 1 ☐ ADULTO 2 ☐ PEDIATRA 3 ☐ TRAUMATOLOGIA 4 ☐ OUTROS

MOTIVO DO ATENDIMENTO
SARADA ATENDIMENTO 29/08/2016 HORA 09:06

SUOT - EXAMES COMPLEMENTARES
1 ☐ RAO 2 ☐ ULTRASSOM 3 ☐ TENDU. CORP. 4 ☐ SANGUE 5 ☐ URINA 6 ☐ ECO 7 ☐ OUTROS

HISTÓRICO DIAGNÓSTICO
Trauma em região lateral/11/12/13
fractura fechada após queda de motocicleta

CÓDIGO

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

DATA INSCRIÇÃO CONSULTA ESPECIALIZADA E PROCEDIMENTOS
S/ capote rompido / (corno)

DOCUMENTO 2 *T24*

SOLITO RAO X. Ombros / Unhao

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

* FRATURA UMBILICAL

NO HEM.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

PRESCRIÇÃO
Aspirina
Dextro
Suturo nylon 4.0
curativo local

Tenoxicam 100mg @ 12h
Dipirona 100mg

Chamado 06-11-11-11-11

ESFERMAGEM
Acidente automobilístico
AO Trauma

140/0001-73

Un. Vet. José Guedes Cat

Dr. Marlene Araújo S/P

CEP 69 340-000

Mucajai

Alina de Almeida Pereira

CONSELHO 163.419

OBSERVAÇÃO: INTERNA ☐

PARA ÚTIL ☐

ANTES DO 1º SOCORRO ☐ SIM ☐ NÃO

DESTINO DO CORPO 1 ☐ ENTREGUE A FAMILIA 2 ☐ ANL 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA

Dr. Álvaro Fontes
Dermatologista
CRM 10.700

DATA E HORA EXATTA: ☐

CONFERE COM ORIGINAL

DATA E HORA DO CONTATO: ☐



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA GARCIA SILVA Lima

RG nº 3462041, data de expedição 04/05/2006 Órgão SESP/MA,

CPF nº 269.435.652-99, 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)	<u>V. TRICOMBA</u>
Número	<u>02</u>
Apto / Complemento	<u>LOTE</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>MUCASA</u>
Estado	<u>RO (Acre)</u>
CEP	<u>69.340-000</u>
Telefone de Contato	<u>(95) 9112.4487</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: MUCASA 13/12/16

Assinatura do Declarante: Maria Garcia Silva Lima



Companhia Energética de Roraima
COMPANHIA ENERGETICA DE
RORAIMA

AV. PRESIDENTE CASTELO BRANCO, 1163

CALUNGÁ - BOA VISTA

CNPJ: 05.938.444/0001-96 IE: 240014895

Fone: 0800 28 09533 ou 4009 1520 (Ouvidoria)

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL

167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e
tarifada na origem para telefones celulares

Segunda Via Agrupada

MARIA GORETE SILVEIRA LIMA
V. IPIRANGA LOTE 02
69.340-000 - TAMANDARÉ

Roteiro: 035.05.43.400010

Para contato com a empresa,
Informe este número

Código Único
0559515-0

Cod. Fat.	Classe	Ligação	Poste	Medidor	Constante	NPL	Emissão	
4.2.2.1	Rural	Monofásica		2476097	1	5	23/11/2016	
Mês / Ano	Nº FD	Nota Fiscal	Vencimento	Valor Original	Multa por Atraso	Juros de Mora	Corr. Monet. IGPM	Valor Total
08/2016	00	27.258	01/09/2016	49,54				49,54

NOTA FISCAL RORAIMENSE. Ganha o Estado. Ganha você. Cadastre-se! É simples e rápido www.sefaz.rr.gov.br
QUANDO VOCÊ VENDE SEU VOTO, TODOS NÓS PAGAMOS O PREÇO. VOTE CONSCIENTE.

Vencimento
23/11/2016

Valor a Pagar
R\$ 49,54

14:30 28/12/2016 321763 55820011028 3441 8 5

SACU 010
25/12/2016



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME:

RECETUÁRIO

Nome:
LUIZ CARLOS S.
OAP

DATA

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinho, 636 - Centro-Bom Vista RR
CEP: 59.331-150 - CNPJ 94.013.408/0001-99
Telefone 2121 7474

14:38 20/12/2016 321770 SECRETARIA DE SAÚDE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 346264-1 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2006

NOME MARIA GORETE SILVEIRA LIMA

FILIAÇÃO CÍCERO AGUSTINHO DE SOUZA LIMA

OTAVIANA RIBEIRO SILVEIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO 16/03/1958

CODÔ - KA

DOC ORIGEM

CERTD NASC 5139 FLS 349 LIV 008

SÃO MIGUEL DO GUAMÁ - PA

269.435.652-49

1 VIA

Rita de Cássia Coelho de Araújo
Diretora do LIC

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

P 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

Polgar Direito

Maria Gorete Silveira Lima

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DOCUMENTO 5 "T596"



Panagena

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0011487/17

Vítima: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA

CPF: 269.435.652-49

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 29/08/2016

Titular do CPF: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARIA GORETE SILVEIRA LIMA : 269.435.652-49

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

DOCUMENTO 6 "TS4"



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

Data: 09/01/2017

Nome: MARIA GORETE SILVEIRA LIMA

CPF/CNPJ: 269.435.652-49

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 09/01/2017

Nome: JOSÉ FRANCISCO COELHO LOUREIRO

CPF: 083.495.187-82

MARIA GORETE SILVEIRA LIMA

JOSÉ FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA maria lealite silvato junior

DATA DO ACIDENTE 29/10/2016 CPF DA VÍTIMA 269.435.652-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR V VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR V. Ipiranga 1016, 02

Nº 02 COMPLEMENTO lote BAIRRO centro

CIDADE Curitiba UF PR CEP 89.340-000

E-MAIL _____ TELEFONE (41) 3342-1347

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE ROUNDAUTENTICADA 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 IMC (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IMC: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMC (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 17 ANOS, SEU PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - ~~DAMS~~

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE ROUNDAUTENTICADA 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)
- (X) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, 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 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 - 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 17 ANOS, SEU 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.

• VALORES DE INDENIZAÇÃO - 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, PODERÁ SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURADOTRANS.ITA.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE, RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 13/12/16 MATR. CORREIOS _____NOME Empresa Seguradora LíderNOME Atendimento Clientes - AG NacionalASSINATURA Mat 8.076.071-3DATA 13/12/16IDENTIDADE 34.076.071-3ASSINATURA Maria lealite s. junior



DES
PO

Seguradora Líder

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dovotaficial



YouTube.com/dwvatuofficial

Twitter.com/dwetroficial

BLOG: www.viversequonotransito.com.br

REQUERENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MORA CARTEIRA SILVEIRA LIMA			
ENDEREÇO / Address		UF / State	PAÍS / Country
V. IPILITABA 02 LOTE TANANDARA		RL	BR
CIDADE / City			
MUCUJAN			
CEP / Zip			
68340000			



PRICEA2
www.pricea2.com
Tel: 08 904 30430

SAFETY IS A MATTER OF LIFE OR DEATH