


Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos
DAMS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente / /

Vítima

CPF

Seguradora

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome

Vítima Representante Legal Terceiro
(especificar vínculo)

Endereço para Correspondência

nº

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone para contato

Preencha com para documentação entregue
Preencha com para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- Identidade / RG **ou** Certidão de Nascimento **ou** Certidão de Casamento **ou** CTPS **ou** Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- CPF da vítima
- Comprovante de residência da vítima
- Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas e o tratamento realizado
- Comprovante das despesas médico-hospitalares (originais e quitados)
- Relatório do dentista **(se for o caso)**
- Recibo com relatório médico discriminativo **(se for o caso)**
- Boletim do 1º atendimento médico / hospitalar **(se for o caso)**

DOCUMENTOS DE TERCEIROS - Somente em caso de cessão de direitos

- Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas e o tratamento realizado
- Comprovante das despesas médico-hospitalares (originais e quitados)
- Termo de Cessão de Direitos
- Identidade / RG **ou** Certidão de Nascimento **ou** Certidão de Casamento **ou** CTPS **ou** Carteira Nacional de Habilitação do beneficiário
- CPF **ou** CNPJ do beneficiário
- Comprovante de residência do beneficiário
- Estatuto **ou** Contrato Social, qualificando o funcionário da empresa beneficiária do direito de receber reembolso **(se for o caso)**
- Relatório do dentista **(se for o caso)**
- Recibo com relatório médico discriminativo **(se for o caso)**
- Boletim do 1º atendimento médico / hospitalar **(se for o caso)**

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- Procuração
- Identidade / RG **ou** Certidão de Nascimento **ou** Certidão de Casamento **ou** CTPS **ou** Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- CPF
- 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.
- O reembolso de despesas médico-hospitalares é de até R\$ 2.700,00. Esse valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – Susep.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____