

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos

DAMS

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

-
- Identidade / RG **ou** Certidão de Nascimento **ou** Certidão de Casamento **ou** CTPS **ou** Carteira Nacional de Habilitação do procurador
-
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para o pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo máximo de 30 dias – previsto para pagamento – será interrompido.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Documentação recebida sem conferência

Data ____ / ____ / ____

Nome _____

Identidade _____