

# AVISO DE SINISTRO - DPVAT



## COBERTURA RECLAMADA

- Morte  
 Invalidez Permanente  
 DAMS - Despesas Assist. Médica e Suplementares

DATA DO ACIDENTE: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome da vítima	Data de nascimento	CPF		
Nome do reclamante	RG/OAB	CPF/CNPJ		
Qualificação do reclamante	Telefone para contato			
<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Beneficiário <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros				
Endereço do reclamante	Número	Cidade	Estado	CEP
Nome do beneficiário principal				
Endereço	Número	Cidade	Estado	CEP

## Documentos Necessários

Obrigatórios a qualquer situação	Em caso de morte	Despesas Médicas	Invalidez Permanente
Boletim de Ocorrência Policial em original ou cópia autenticada.	Certidão de Óbito (cópia autenticada).	Relatório do Primeiro Atendimento Médico, da data do acidente, informando as lesões sofridas e o tratamento realizado.	Laudo de Lesões Corporais expedido pelo IML da circunscrição do acidente, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima, ou
DUT - Documento Único de Trânsito (cópia frente e verso) correspondente ao período de licenciamento em que ocorreu o acidente ou cópia do inquérito policial quando tratar-se de veículo não identificado (nos casos de vítima e/ou beneficiário proprietário).	Laudo de Necropsia, caso o óbito não tenha ocorrido na mesma data do acidente (cópia autenticada).	Comprovantes das Despesas médicas e hospitalares e de farmácia, com os respectivos receituários (originais).	Certidão da Delegacia de Polícia declarando que não há IML na cidade, quando for o caso e,
CPF, RG (ou da Certidão de Nascimento, quando se tratar de menor e não possuir RG) e Comprovante de Residência, constando, inclusive CEP (ou, na impossibilidade, Declaração de Residência, de próprio punho em nome da vítima).	Certidão de Casamento com data atualizada, com data posterior ao óbito (cópia autenticada).	Termo de Cessão de Direitos passado pela vítima ou seu responsável legal, a favor do Hospital ou do Terceiro que pagou as despesas, quando for o caso (formulário fornecido).	Relatório do Médico Assistente consignando o grau de redução funcional do órgão ou membro lesado.
Procuração Original, extraída em Cartório, específica para recebimento do Seguro DPVAT. No caso de reclamante analfabeto, ou estiver sendo representado por terceiros, serão necessárias, também, cópias autenticadas do CPF, RG e Comprovante de Residência do procurador.	Declaração de Únicos Herdeiros assinada por todos os beneficiários e com duas testemunhas, para as demais situações. Juntar CPF e RG das testemunhas.	Declaração do Hospital, informando que o atendimento foi particular.	
CPF e RG da Vítima ou da Certidão de Nascimento, quando se tratar de menor e não possuir RG.			
CPF, RG e Comprovante de Residência do Recebedor/Procurador em cópias autenticadas.			
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização assinada pelo favorecido/beneficiário (formulário fornecido).			

Documentos dos beneficiários:

# AVISO DE SINISTRO - DPVAT

( ) Cônjuge – Certidão de Casamento.

( ) Companheira(o) Documentação que comprove essa situação e declaração informando se a vítima era solteira, separada ou viúva.

( ) Filhos : n ° \_\_\_\_ Declaração informando os nomes de todos os filhos deixados pela vítima, anexando a esta , seus respectivos documentos de identidade ou certidão de Nascimento. Em se tratando de menor de 16 anos, juntar também declaração informando quem está exercendo o pátrio poder sobre o menor.

**IMPORTANTE:** Quando o beneficiário for Hospital, ou o procurador for Pessoa Jurídica, será necessário o envio da cópia autenticada do Contrato social (no caso de Pessoa Jurídica) ou estatuto do Hospital. Além de cópia autenticada do CPF, do RG e comprovante de residência de seus representantes legais.

NOTA: Para cada vítima deverá ser emitido um Aviso de Sinistro , ainda que tenha havido diversos no mesmo acidente em ( duas ) vias, permanecendo um : em poder do beneficiário , a título de protocolo de recebimento dos documentos. RESERVAM-NOS O DIREITO DE REQUISITAR A APRESENTAÇÃO DE OUTROS DOCUMENTOS, CASO SEJAM NECESSÁRIOS.

\_\_\_\_\_  
LOCAL

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA