

AVISO DE SINISTRO DPVAT
A. IDENTIFICAÇÃO

<input type="checkbox"/> PROCESSO NOVO	<input type="checkbox"/> DOCS. COMPLEMENTARES	DATA DA RECLAMAÇÃO	N.º DO SINISTRO
CÓDIGO DA SEGURADORA		SUCURSAL RESPONSÁVEL MATRIZ	
TIPO DE SINISTRO			
<input type="checkbox"/> MORTE	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> DESPESAS C/ASSISTÊNCIA MÉDICA	
NOME DA VÍTIMA			CIC/CPF DA VÍTIMA

B. DADOS DO REQUERENTE

NOME			
TIPO			
<input type="checkbox"/> VÍTIMA	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO	<input type="checkbox"/> PROCURADOR	<input type="checkbox"/> OUTRO
ENDEREÇO COMPLETO PARA CORRESPONDÊNCIA (Av., Rua, Pça, etc.)			N.º
BAIRRO OU DISTRITO			CEP
MUNICÍPIO		COMPL.	
UF			

C. DOCUMENTAÇÃO (Cópias Autenticadas)
DOCUMENTOS BÁSICOS

Aviso de Sinistro (original)	<input type="checkbox"/>	CPF da Vítima	<input type="checkbox"/>
DUT ou Bilhete de Seguro – No caso de acidentes envolvendo ônibus	<input type="checkbox"/>	Doc. de Identidade ou Certidão de Nasc. Ou CTPS ou Carteira de Registro do Beneficiário	<input type="checkbox"/>
Certidão da Situação de Inquérito Policial (veículo não identificado)	<input type="checkbox"/>	CPF do Beneficiário ou no caso de menor (es), de seu (s) representante (s) legal (is)	<input type="checkbox"/>
Boletim de Ocorrência Policial	<input type="checkbox"/>	Procuração original e específica para o recebimento do Seguro DPVAT (pessoa não alfabetizada, por Instrumento Público)	<input type="checkbox"/>
Doc. De Identidade ou Certidão de Nasc. ou CTPS ou Carteira de Registro da Vítima	<input type="checkbox"/>	Comprovante de Residência do Requerente	<input type="checkbox"/>

MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	D.A.M.S.
Certidão de Óbito <input type="checkbox"/>		Declaração do 1.º Atendimento Hospitalar (Original) <input type="checkbox"/>
Laudo de Exame Cadavérico <input type="checkbox"/>		Relatório Médico (original) <input type="checkbox"/>
Comprovação de Beneficiários <input type="checkbox"/>	Questionário de Avaliação de Invalidez Permanente (todos os campos preenchidos) <input type="checkbox"/>	Comproventes das despesas médico-hospitalares (Originais e Quitadas) <input type="checkbox"/>
<u>Esposa</u> <input type="checkbox"/>		Notas Fiscais de farmácias acompanhadas das respectivas receitas (Originais e Quitadas) <input type="checkbox"/>
Certidão de Casamento atualizada <input type="checkbox"/>		Termo de Anuência, em caso de despesas pagas por Terceiros <input type="checkbox"/>
<u>Companheiro (a) com filho (s)</u> <input type="checkbox"/>		Comprovação de Beneficiários <input type="checkbox"/>
Declaração de Concubinato <input type="checkbox"/>		CPF e Identidade do responsável pelas despesas <input type="checkbox"/>
Certidão de Nascimento dos filhos <input type="checkbox"/>		
Companheiro (a) sem filho (s) <input type="checkbox"/>	OUTROS DOCUMENTOS ENTREGUES:	
Declaração de Concubinato <input type="checkbox"/>		
Filhos (as) <input type="checkbox"/>		
Certidão de Nasc. Ou Casamento <input type="checkbox"/>		
Declaração de Únicos herdeiros <input type="checkbox"/>		
<u>Irmãos (as)</u> <input type="checkbox"/>		
Declaração de Únicos Herdeiros <input type="checkbox"/>		
Certidão de Nascimento <input type="checkbox"/>		
Certidão de Óbito dos Genitores <input type="checkbox"/>		
Alvará Judicial <input type="checkbox"/>		

Declaro estar ciente de que outros documentos poderão ser solicitados, se necessários à elucidação do sinistro.

DATA ____/____/____ REQUERENTE: _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	DATA DO RECEBIMENTO
------------------------------	---------------------