



AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte () Invalidez () DAMS () - Seguradora : **MBM - 6084**

Valor da Indenização – R\$: _____

Vítima : _____ Nascimento ____/____/____

CPF: _____/____

Reclamante - Vítima () Beneficiário () Procurador ()

Beneficiário: _____ CPF/CGC _____/____

Endereço:

Bairro: Cidade:

Estado:

CEP:

TEL: ()

Procurador: _____ CPF/CGC: _____/____

Telefone:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

TEL:()

Dados da Ocorrência

Data do Sinistro /Fato: ____/____/____

Data do Boletim /Registro: ____/____/____

Estado da ocorrência:

Veíc. Identificado

Placa

Tipo de Veículo

() sim () não

Vítima:

1 – Transportado ()

2 – Não transportado ()

3 - Motorista ()

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo:

Local / Data

Assinatura

DOCUMENTOS ANEXOS

Autorização de Pagamento ()

Aviso de Alta Médica ()

Boletim de Ocorrência ()

Certidão de Casamento Pós-óbito ()

Certidão de Óbito da Vítima ()

Certidão ou Declaração de VNI ()

Comprovante de Residência do () Beneficiário / Procurador

CPF da Vítima ()

CPF do(s) Beneficiário(s) ()

CPF do Procurador ()

DUT Pago _____ (Ano) ()

Identidade da Vítima ()