
Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564876

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Data do Acidente: 19/10/2013

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ISRAEL COSMO SILVA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

DUT não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Nº Sinistro: 3180564876

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Data do Acidente: 19/10/2013

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564876**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13686856



Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180564876

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Data do Acidente: 19/10/2013

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com ~~dados do beneficiário~~ da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Amilton Silva Gomes
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.282.508 EXPEDIDO POR SS PB EM 19.08.09
 CPF 30245244-00 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SE
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Sussep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados ~~não devem~~ de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos apareçam termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcionário;
- Conta Empresarial - nos documentos apareçam termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também ~~não devem~~ ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner e escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com info de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 1044 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 010825-2

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 07 de Novembro de 2008
 LOCAL E DATA

Amilton Silva Gomes
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO





SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
GERENCIA EXECUTIVA DE POLICIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA CIVIL DE RIO TINTO

CERTIDÃO DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 448/2013

NATUREZA: ACIDENTE DE VEICULO (MOTO)

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial as ocorrências policiais acontecidas na área circunscricional desta Delegacia de Polícia, encontrei o registro da Ocorrência Policial nº 448/2013, cujo teor pessoa transcrever na íntegra: Aos 19/11/2013, nesta cidade de Rio Tinto, estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Local, presente a autoridade policial Alberto Jorge Diniz e Silva, Delegado Titular, e comigo, escrivão de polícia, aí por volta das 11:59 horas, **COMPARECEU: ISRAEL COSMO SILVA GOMES**, brasileiro, solteiro, natural de Rio Tinto/PB, com 20 anos de idade (11/02/1993), RG 3.782.508 SSP/PB, filho de Moises Gomes Filho e de Maria Eline da Silva Gomes, residente no Rua Santa Rita, 879 – Centro – Rio Tinto/PB – (83) 8728 3909. Fez o seguinte registro: QUE no dia 19/10/2013, por volta das 15h30 min conduzia a motocicleta marca modelo YAMAHA XTZ 125 E COR AZUL ANO MODELO 2003 DE PLACA MNO 2192 PB e CHASSI 9C6KE037030003747 vindo da cidade de Baía da Traição com destino a esta cidade e quando trafegava nas proximidades da cidade de Marcação passando por uns buracos na PB 041 perdeu o controle da referida moto, caindo ao solo. Que devido a queda sofreu fratura no antebraço esquerdo, sendo socorrido para o Hospital desta cidade e em seguida transferido para o CLINOR na cidade de João Pessoa/PB. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Rio Tinto (PB), 19 de novembro de 2013.

NOTICIANTE X Israel Cosmo Silva Gomes

Francisco José Córdula
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula 155.973-7

RECEBTO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO RECEBIDO	
00 20 01 01 01	00 20 01 01 01
() Correio	Indica em cópias
() Correio	Simplex
() Correio	Três
Solicitar documento desta	
conforme Guia de	
Regulamento	
Seu	
CVAT	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Israel Rosendo Silva Gomes, portador da carteira de identidade nº 2.789.508 e inscrito no CPF/MF sob o nº 109.412.444-80, residente e domiciliado na Rua Santo N. 879, Centro, Cidade Rio de Janeiro, Estado RJ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Israel Rosendo Silva Gomes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 07.11.2018

Local e data

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Israel Gomes Silla Gomes

RG nº 3.382.508, data de expedição 29/08/13 Órgão SS PB

CPF nº 102.442.414-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santa Rita</u>
Número	<u>879</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Rio Tinto</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58207-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-32196-3652 ou 98228-3909</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: J.P. 07.11.2018

Assinatura do Declarante: Israel Gomes Silla Gomes

energisä

संस्कृत-संज्ञा-सूचिका

Company Name	Address	City/State/Zip	Phone
--------------	---------	----------------	-------

UK Trade Counterintelligence 61679484-7

Advanced	Algal	Zooplankton	Consumers	Calves
----------	-------	-------------	-----------	--------

2017-2018-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-

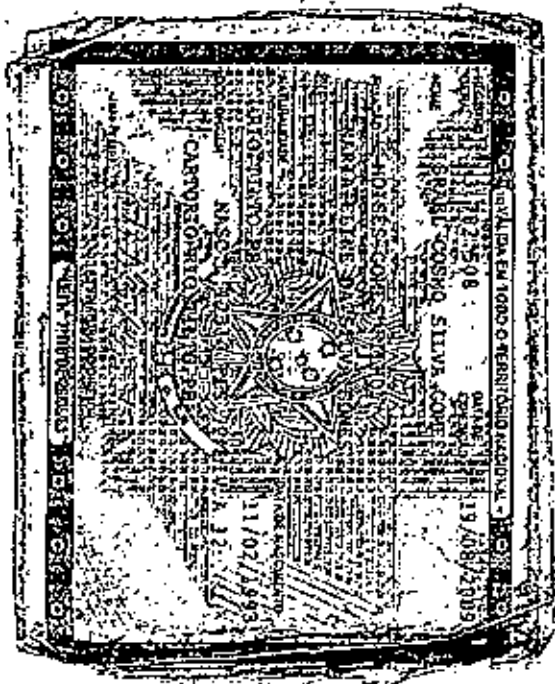
PERCENTAGE OF TOTAL	PERCENTAGE OF TOTAL	TOTAL AT RISK
---------------------	---------------------	---------------

100-443887-100

09/10/2025 7:59 AM 07_d7ca 1952,archd b641.

Erweiterung der Qualität	Erweiterung der Qualität	Erweiterung der Qualität	Erweiterung der Qualität
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

ATENÇÃO: Este formulário deve ser preenchido em português



Documentos de Identificação



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434207/18

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

CPF: 102.442.444-80

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/10/2013

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL COSMO SILVA
GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISRAEL COSMO SILVA GOMES / 102.442.444-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

000001



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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018
Nome: ISRAEL COSMO SILVA GOMES
CPF: 102.442.444-80

ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) **INVALIDEZ PERMANENTE** () DAMS

VÍTIMA Israel Casiano de Oliveira Gomes

DATA DO ACIDENTE 19.11.13 POSSUI CPF Sim () NÃO () NÃO Nº CPF 10244244

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim (X) Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração da Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Israel Casiano de Oliveira Gomes

Quem é o portador? Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 10244244

E-mail

Data 19/11/13 Assinatura Israel Casiano de Oliveira Gomes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) CC Central JPA

Atendente Helena Cassia da Silva Ribeiro

Data: 19/11/13 Assinatura: Helena Cassia da Silva Ribeiro

Mat. 8.477.693-5

Quebra de Caixa 88



**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

Site: www.dpvatsegurodotransito.com.br
 SAC-DPVAT 0800 022 12 04



Summary:

DOI: 10.1002/for

ATENDIMENTO

NAME (Last, First, Middle)		FILE NUMBER (Agency Number)	
Israel Cosmo Sba Jares		B31072	
CHROMOGRAM			
R-Sta Rita, 879. Centro-			
SEARCHED	INDEXED	FILED	DATE
300010000	Rio Cuarto	RA	

[illegible]

Ergebnis: 100 %



Seguro

DPVAT

Seguradora Líder



Scanned by CamScanner



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / ENDEREÇO		TELEFONE / HORÁRIO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT 1300 0221204	
ENDEREÇO / ENDEREÇO			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP	Cidade	UF / País	País / Estado
70031205	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

ATENDIMENTO



RPC

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413167/18

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

CPF: 102.442.444-80

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL COSMO SILVA
GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISRAEL COSMO SILVA GOMES : 102.442.444-80

Autorização de pagamento
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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018
Nome: ISRAEL COSMO SILVA GOMES
CPF: 102.442.444-80

ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434207/18

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

CPF: 102.442.444-80

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/10/2013

Titular do CPF: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ISRAEL COSMO SILVA GOMES : 102.442.444-80

Autorização de pagamento
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.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018
Nome: ISRAEL COSMO SILVA GOMES
CPF: 102.442.444-80

ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha