



Número: **0821055-93.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RUBENS TAVARES DOS SANTOS (AUTOR)		LIDIANI MARTINS NUNES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34933 144	30/09/2020 13:12	2753590_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RUBENS TAVARES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180486116

Vítima: RUBENS TAVARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180486116**.

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 13521514

Pag. 00729/00730 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RUBENS TAVARES DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180486116**
Vítima: **RUBENS TAVARES DOS SANTOS**
Data do Acidente: **12/11/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180486116**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00917/00918 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13521527





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180486116

Vítima: RUBENS TAVARES DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/11/2015

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RUBENS TAVARES DOS SANTOS

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.

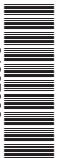
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00139/00140 - carta_16 - INVALIDEZ

00020070



Carta nº 1423630





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda 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, Suelio Moreira Torres dos Santos
PORTADOR(A) DO RG Nº 3.384.760 EXPEDIDO POR SS PB EM 25/08/09 E
CPF 102680744-09 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep 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 pessoal, 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem 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 POUPANÇA 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 SISDPVAT 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 colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação 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 POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 013 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 3348

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.

S.P. 02 de outubro de 2008 Suelio Moreira Torres dos Santos
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

INA: sorteios da segunda-feira e sábado. Apos

260-867998410-6

17/SET/2018 HORA DE: 09:34:00

LOT: 113 0229061

LOCALIDADE: SANTA RITA

AG: VINCULADA: 3348

TERM: 0620000

CONTROLE: 260400512

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PODP CAIXA FACH

NOME: RUBENS TAVARES DOS SANTOS

AGÊNCIA: 3348

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.000.980-2

DATA DA ABERTURA: 17/09/2018

LOTERIAS CAIXA

260-867998410-6

2a VIA



Boletim de ocorrência



D

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



**GOVERNO
DA PARAIBA**



RECEBIDO

04 OUT 2018

Seguradora Líder DPVAT

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00578.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00578.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 21 dia(s) do mês de Março do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **SEVERINO DIAS DE LIMA**, AGENTE DE INVESTIGACAO, às 16:58 horas, compareceu **RUBENS TAVARES DOS SANTOS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão PINTOR, naturalidade Bayeux, data de nascimento 12 de Novembro de 1992, idade 23, filiação CELIA SILVA TAVARES e JOSEMY PEREIRA DOS SANTOS, Documento - CPF: 102.580.774-09, residente RUA. WASHINGTON LUIS ,226, Várzea Nova, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (83) 98810-1614

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 12/11/15, por volta das 16:30 horas, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/NXR 150BROSS MIX ESD, de cor preta, ano 2010, de placa NQE 8769/PB, chassi nº 9C2KD0510AR035656, registrada em nome de RONALDO SILVA TAVARES, pela Rua da Alegria, no Bairro de Várzea Nova, na cidade de Santa Rita, foi atingido na parte lateral direita por um moto de placa não identificada, onde o notificante caiu ao solo, e em decorrência desse fato veio a sofrer Fratura Complexa de Mandíbula + TCE Leve, foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 21 de Março de 2016

Rubens Tavares dos Santos

RUBENS TAVARES DOS SANTOS

Notificante

Severino Dias de Lima

SEVERINO DIAS DE LIMA
AGENTE DE INVESTIGACAO

**PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO
CONFORME**

- ☒ BO em cópia simples
☐ Comprovante de despesas médicas em cópias
☐ Certidão de Óbito em cópia simples
☐ Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinalado conforme Guia de
Regulação

Seguradora Líder - DPVAT

Procedimento: 00578.01.2016.1.02.202





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Roberto Tavares dos Santos, portador da carteira d
identidade nº 3784.769 e inscrito no CPF/MF sob o nº 102.580.774-09
residente e domiciliado na
Cidade Santa Rita Estado PB, declaro, sob as penas da lei, qu
estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento d
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 d
prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com praz
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 d
invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaraçã
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
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei n
6.194/74.

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

Roberto Tavares dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

gêo. Perícia 10-2018

Local e data



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Roberto Tavares dos Santos

RG nº 3.784.769, data de expedição 25/08/09, Órgão SS PB,

CPF nº 102.58077409 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 Washington Luis</u>
Número	<u>226</u>
Apto / Complemento	<u>laser</u>
Bairro	<u>Varzea Nova</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>(83) 98830-1614 (83) 98630-0668</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JP 02.10.2018

Assinatura do Declarante: Roberto Tavares dos Santos

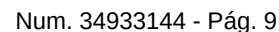


Case File: 0-1438-77-224-0-1001 0000572
 C&D, para DEF, Author(s): 00007121029

Canal de contacto

10.1668/0320-9186(2016)51:26-52

Agos/18	78,33
Jun/18	93,82
Mai/18	196,28
Abr/18	221,33
Mar/18	191,14
Fev/18	186,05





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	RUBENS TAVARES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	12/11/92
NOME DA MÃE	CÉLIA SILVA TAVARES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	879.755
PRONTUÁRIO N.º	91.606
DATA DO ATENDIMENTO	12/11/15
HORA DO ATENDIMENTO	18:05
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA + TCE LEVE
CID 10	V 22 + S 02.6 + S 06

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO, RESGATADO PELO SAMU, COM RELATO DE DOR EM LESÕES DE FACE + CONTUSÃO EM REGIÃO DE MENTO. EF= FERIMENTO LACERANTE EM REGIÃO ZIGOMÁTICA DIREITA + FCC EM LÁBIO SUPERIOR DIREITO + ABRASÕES EM HEMIFACE DIREITA E MOVIMENTOS MANDIBULARES COMPROMETIDOS. GLASGOW 15.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE FACE
TC DE FACE- RELATO BMF- FRATURA DE MANDÍBULA- CORPO MANDIBULAR DIREITO E ÂNGULO DE MANDÍBULA ESQUERDO.
ECG + RISCO CIRÚRGICO
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS

TRATAMENTO

PACIENTE AVALIADO POR NCR (TCE LEVE) + TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA + SUTURA DOS FERIMENTOS DA FACE. OPERADO POR DR. ANIBAL. MEDICADO.

ALTA HOSPITALAR:	25/11/15 COM ORIENTAÇÕES
DATA DA EMISSÃO:	08/01/2016

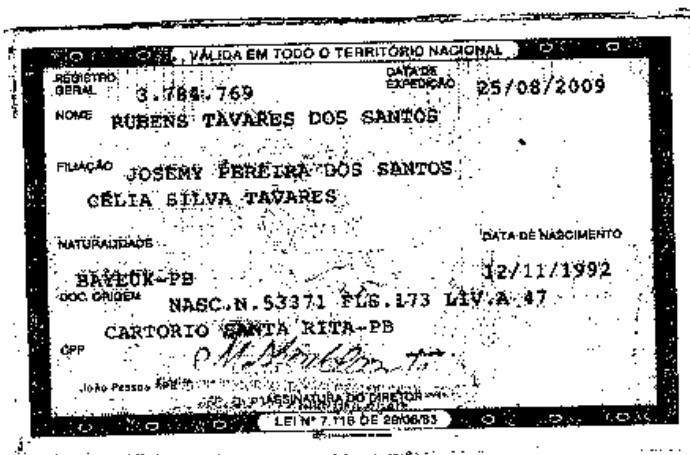
Drª. Joacila Braja Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Documentos de identificação





SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

() MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

VITIMA Rubens Torres da Silva

DATA DO ACIDENTE 21.11.2016 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 102.580.774-09

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.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ 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
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não
- ☒ 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
- ☒ 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 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
- ☐ Comprovação 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)

8898005-5

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 de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo 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 companheirismo 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 (FILHOS) 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:

Outros



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

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

E-mail

Data 01.10.2018

Assinatura

Rubens Torres da Silva

Tel.: 18398810-1614

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC. CENTRAL - PB

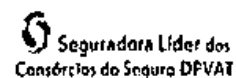
Atendente M^{te} AUGUSTINA R. P. TRIGUEIRO

Matrícula 8.477.293-0

Data: 01.10.2018

Assinatura: M^{te} AUGUSTINA R. P. TRIGUEIRO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376865/18

Vítima: RUBENS TAVARES DOS SANTOS

CPF: 102.580.774-09

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/11/2015

Titular do CPF: RUBENS TAVARES DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RUBENS TAVARES DOS SANTOS : 102.580.774-09

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 protocoladas como comprovante de entrega por meio de chancefa 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: 16/10/2018
Nome: RUBENS TAVARES DOS SANTOS
CPF: 102.580.774-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RUBENS TAVARES DOS SANTOS

Paulo Victor Soares Sant'Ana



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376865/18

Vítima: RUBENS TAVARES DOS SANTOS

CPF: 102.580.774-09

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/11/2015

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RUBENS TAVARES DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RUBENS TAVARES DOS SANTOS : 102.580.774-09

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: 16/10/2018
Nome: RUBENS TAVARES DOS SANTOS
CPF: 102.580.774-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

RUBENS TAVARES DOS SANTOS

Paulo Victor Soares Sant'Ana

