

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO**

Nº Sinistro: **3180519608**

Vítima: **ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO**

Data do Acidente: **09/11/2014**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180519608**.

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 13608625



Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180519608

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 09/11/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13609724



Rio de Janeiro, 20 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180519608

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Data do Acidente: 09/11/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

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 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, 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, Dono Christian dos Santos Araújo

PORTADOR(A) DO RG Nº 2924.565 EXPEDIDO POR SS PR EM 19-09-08

CPF 032020464-01 / CNPJ 000000000-00000000 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 :

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, as 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 apreendidos:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Função;
- 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 e 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) 0034 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 30867-0

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 Paulo 25 de setembro de 2008
LOCAL E DATA

Dono Christian dos Santos Araújo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



CAIXA
POUPANÇA

4392 6710 5155 8415

4392

ALLAN CRISTIAN S ARAUJO

0037 013 00030867-0 10/18

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil

VISA

ELECTRON



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro - CEP. 58.010-170 - Fone. (83) 3218-5384

BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 156/2015

Aos vinte dias do mês de janeiro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Fernando Barbosa de Carvalho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 14:09h, compareceu o (a) Senhor (a): **SANDRA CRISTINA DOS SANTOS CORREIA**, brasileira, natural de João Pessoa/PB, Viúva, com 31 anos de idade, Porteira, Ensino Médio, filha de Severino Ramos Correia e de Eunice Gomes dos Santos, RG. 1.829.274-SSP/PB, residente na Rua Antônio Paulino Marinho, nº 181, Mangabeira II, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 09/11/14, por volta das 03:40h, quando seu filho de nome **ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAÚJO**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 19 anos de idade, Ensino Médio, filho de Aislan Evangelista de Araújo e de Sandra Cristina dos Santos correia, RG. 3.974.565-SSP/PB, conduzia uma motocicleta de marca HONDA, cor preta, de placa não sabida, pelas proximidades do mercado público de Mangabeira, nesta cidade de João Pessoa/PB, após ser atingido por um veículo de placa não identificada, perdeu o controle de direção caindo ao solo, tendo este sofrido traumatismo superficial do pescoço (parte não especificada), sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 20 de janeiro de 2015.

Sandra Cristina dos Santos Correia
Notificante

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 135.882-3

Escrivão

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Allan Cristian dos Santos Araújo, portador da carteira de identidade nº 3944.565 e inscrito no CPF/ME sob o nº 119.020.464-01, residente e domiciliado na Rua Antonio Paulino Moreira, Cidade _____, Estado _____, 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.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Alfonso Cristian dos Santos Araújo

RG nº 3.924.565, data de expedição 19/09/12 Órgão SSPB

CPF nº 119.020.464-03, 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 tercelro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Antonio Paulino Marinho</u>
Número	<u>181</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>mangalheira</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58056-180</u>
Telefone de Contato	<u>83-98642-4286</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JP, 20 - 10.2019

Assinatura do Declarante: Alfonso Cristian dos Santos Araújo



MATRÍCULA

921840

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE AGUA/ESCOTO E SERVICIOS

450/2018

LORY CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO
RUA ANTONIO PAULINO MARINHO, 181 - MANGABEIRA JOAO
PESSOA PB 58056-180

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.083.340.0166.000		000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
A97S455895	22/01/1998	IARD LAC	LIGADO		LIGADO		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) NUM DE DIAS PROXIMA LEITURA							
4149		4159	10		30		22/09/2018
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
JUL/2018	18	17	PARAMETROS EXIG.		ANALIS. CONFORMES		
JUN/2018	17	0	TURBIDEZ		0	0	0
MAI/2018	19	0	CLORO		0	0	0
ABR/2018	18	0	COL.TERMOI		0	0	0
MAR/2018	22	5	COR		0	0	0
FEV/2018	17	8	COL.TOTAIS		0	0	0
MÉDIA(M)		18	DADOS REFERENTES A: JUN/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 23/08/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 07:28:21

DESCRICAO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE AGUA	10 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	10 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 04/09/2018

Total a Pagar:

R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE FORTUNA: REALIZADA

CONDICÃO DO FATURAMENTO: ESTIMADO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"

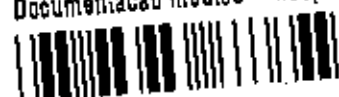


CAGEPA
L'Association des Éducateurs de l'Environnement de l'Amérique du Nord

MATRÍCULA	DIFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
927890	AGO/2018	04/09/2018	R\$ 68,74



Documentação médico-hospitalar



Governo do Estado da Paraíba

Secretaria do Estado da Saúde

Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Direção Técnica



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAÚJO
DATA DE NASCIMENTO 10/09/1995
NOME DA MÃE SANDRA CRISTINA DOS SANTOS CORREIA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 793.167
Nº PRONTUÁRIO
DATA DO ATENDIMENTO 09/11/14
HORA DO ATENDIMENTO 04:06
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) TRAUMATISMO SUPERFICIAL DO PESCOÇO PARTE NÃO ESPECIFICADA
CID 10 S 10.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, há cerca de 7 hs, apresentando dor cervical e no membro inferior E. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coluna cervical - AP e P

TRATAMENTO:

Sem alterações aos RX. Realizado atendimento e tratamento conservador aos cuidados da Neurocirurgia.

ALTA HOSPITALAR: 09/11/14
DATA DA EMISSÃO: 23/12/14


Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

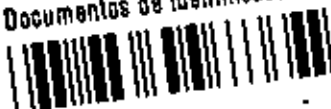
L-237




Allan Cristian dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.974.565 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 19/09/2017

NOME ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAÚJO

FILIAÇÃO AISLAN EVANGELISTA DE ARAÚJO SANDRA CRISTINA DOS SANTOS CORREIA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 10/09/1995

DOC ORIGEM CERT. NASC. Nº8962 - LIV.10 A - FLS.141 V - CARTÓRIO 1ª JOÃO PESSOA PB

CPF 112.020.464-01

João Pessoa - PB

[Signature]
ASSINATURA DO TITULAR

B+

CERT. NASC. Nº8962 - LIV.10 A - FLS.141 V - CARTÓRIO 1ª JOÃO PESSOA PB

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401824/18

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 112.020.464-01

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/11/2014

Titular do CPF: ALLAN CRISTIAN DOS
SANTOS ARAUJO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO : 112.020.464-01

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: 05/11/2018

Nome: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 112.020.464-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018

Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES

CPF: 149.018.967-09

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

JULIANA MARQUES RODRIGUES

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA ALVARO CASTILHO DOS SANTOS, MARCELO

DATA DO ACIDENTE 09/11/2014 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 112.020.464-01

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.dpvatsegurodatransito.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 Invalidez 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
- ☒ 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 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 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 Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO 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) ALVARO CASTILHO DOS SANTOS, MARCELO

Quem é o portador? ☒ Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 112.020.464-01

E-mail alvaro.castilho@lider.com.br Tel 63.986.47.4286

Data 25/10/18 Assinatura Alvaro Castilho dos Santos Assessor

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atendimento 100 30300011

Atendente HELENA FEREIRA Matrícula 21147001

Data: 25/10/18 Assinatura: [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401824/18

Vítima: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

CPF: 112.020.464-01

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 09/11/2014

Titular do CPF: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO : 112.020.464-01

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: 05/11/2018
Nome: ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO
CPF: 112.020.464-01

ALLAN CRISTIAN DOS SANTOS ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES