

Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2016

Carta nº: 9830394

A/C: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

Sinistro: 3160595006 ASL-1091581/16
Vitima: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL
Data Acidente: 12/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2016

Carta nº: 9834078

A/C: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

Sinistro: 3160595006 ASL-1091581/16
Vitima: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL
Data Acidente: 12/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/09/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **12/10/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página
- Documentação médico-hospitalar faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº 10775543

a/c: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

Sinistro: 3160595006 ASL-1091581/16
Vítima: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL
Data Acidente: 12/10/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T196*



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, JAMERSON DE OLIVEIRA CABRALPORTADOR(A) DO RG Nº 3.671.543 EXPEDIDO POR SSDP/PI EM 20/06/2016 ECPF 111058414-80 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO DE MONTAGEM

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 PREVIDENCIA 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1914 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 126-552-4

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, 08 de SETEMBRO de 2016

LOCAL E DATA

Jamerson de Oliveira Cabral
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.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A435 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 03/02/2016

>> CONSULTA EFETUADA COM SUCESSO

|MOVTO. E SALDO DO DIA

PAG: 001 / 001

AG: 1914 - SANTA RITA

OPER: 013

CONTA:

126.552-4

NOME: JAMERSON DE OLIVEIRA CABR

LIMITE FLUTUANTE GIM:

DISPONIVEL.:

0,00

LIMITE CHEQUE AZUL:

SALDO TOTAL:

0,00

BLOQUEADO:

0,00

NR.DOC

HISTORICO

V A L O R

F1 AJUDA F4 SALDO DE POUPANCA F7 VOLTA PAG. F8 AVANCA PAG. R0P23272

F3 RETORNAR F5 POSICAO INVESTIMENTOS F6 RESUMO LIMITES F12 FINALIZAR

SEBASTIAO LIDER DEPT - 22 & 20/09/2016 16:22 - 0000000039



SEBENHODORH LIOER DRYRT - Z2 8 20/09/2016 10:22 - 000000008036



DA PARAÍBA

14ª DELEGACIA DISTRITAL.



CERTIFICO em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 2 415/2014, na mesma continha o seguinte teor: Aos dezoito dias do mês de dezembro do ano de dois mil e catorze, nesta cidade de Santa Rita e na 14ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado Pedro Martins dos Santos, às 12:00 horas, compareceu o Sr. **Jamerson de Oliveira Cabral, portador da cédula de identidade nº 3 671 543 SEDS/PB, natural de João Pessoa/PB**, com 23 anos de idade, filho de Josemar da Silva Cabral e de Fabiane de Oliveira Barros, residente na rua Prefeita Lia Beltrão nº 207/ Marcus Moura, nesta Cidade, o qual notificou que, no dia 12 de outubro do ano fluente, trafegava em sua moto Honda Bross 150 de placa QFC 7546/PB pela avenida principal que dá acesso a Marcus Moura e Tibiri, quando um veículo de placas e Condutor não identificado, colidiu em sua moto; conseqüentemente, sofreu uma queda e assim, foi socorrido ao Hospital de Traumas em Mangabeira com fratura em quinto quíquidactilo direito, conforme Boletim Médico nº 3199/2014 e ficha ambulatorial nº 699127. O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

Santa Rita, 11 de dezembro de 2014.

Jameson de Oliveira Cabral

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DE PERÍCIA

DOCUMENTO 2 "T2%"



Eu, JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL
portador da carteira de identidade nº 3.671.543 e inscrito no
CPF nº 111.053.414-80, residente e domiciliado na
RUA PREFEITA LIA BELTRÃO, 207, MARCOS MOURA
_____, Cidade SANTA RITA,
Estado PARAIBA, 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
- (x) 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.

Jamerson de Oliveira Cabral
Assinatura do declarante

Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 03/09/2016
Local e data

SEGURADORA LIDER OPART - - 22 & 24/09/2016 14:22 - 0000000084



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA
SERVIÇO EXECUTIVO DE ARRECAÇÃO FISCAL

Usuário

GUIA DO IPVA

NOME JANERSON DE OLIVEIRA CABRAL		CPF 11105841480		NOSSO NUMERO 2016020290083190	
PLACA QFC7548	CHASSI 9C2KD0550ER112008	CODIGO REN/AM 1012441960	DATA VENCIMENTO 29/02/2016	DATA DE EMISSÃO 02/02/2016	VALOR 170,51
ENDEREÇO RUA PREFEITA LIA BELTRAO 207					
BARRIO MUNICIPIOS		CEP 58303440	MUNICIPIO SANTARITA		
DISCRIMINAÇÃO					
EXERCICIO	BASE DE CÁLCULO		ALÍQUOTA	COTA	VALOR IPVA
IPVA 2016 COM REDUÇÃO 10%	7.578,00		2,50	9	170,51

NOTIFICAÇÃO

Fica o proprietário NOTIFICADO a recolher o crédito tributário acima lançado, até a data do vencimento. O não recolhimento implica na inscrição em Dívida Ativa, nos termos da legislação vigente.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROCESSO

Responsável pela emissão: INTERNET

21

5869R0059 LIDER DEPUT - 22 & 28/09/2016 10:22 - 00000008841



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA RECEITA
SERVIÇO EXECUTIVO DE ARRECAÇÃO FISCAL

Usuário

GUIA DO IPVA

NOME JANERSON DE OLIVEIRA CABRAL		CPF 11105841480		NOSSO NUMERO 2016020290083190	
PLACA QFC7548	CHASSI 9C2KD0550ER112008	CODIGO REN/AM 1012441960	DATA VENCIMENTO 29/02/2016	DATA DE EMISSÃO 02/02/2016	VALOR 170,51
ENDEREÇO RUA PREFEITA LIA BELTRAO 207					
BARRIO MUNICIPIOS		CEP 58303440	MUNICIPIO SANTARITA		
DISCRIMINAÇÃO					
EXERCICIO	BASE DE CÁLCULO		ALÍQUOTA	COTA	VALOR IPVA
IPVA 2016 COM REDUÇÃO 10%	7.578,00		2,50	9	170,51

NOTIFICAÇÃO

Fica o proprietário NOTIFICADO a recolher o crédito tributário acima lançado, até a data do vencimento. O não recolhimento implica na inscrição em Dívida Ativa, nos termos da legislação vigente.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

PROCESSO

Responsável pela emissão: INTERNET

21

5869R0059 LIDER DEPUT - 22 & 28/09/2016 10:22 - 00000008841



Declaração do Proprietário do Veículo

EU, JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL,
 RG nº 3.673.543, data de expedição 20/06/2008, Órgão SSD5123,
 portador do CPF nº 111.058.414-90, com Domicílio na
 cidade de SANTA RITA, no Estado de PARAÍBA, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. PREFEITA LIA BELTRÃO,
 nº 207, complemento MARCOS MOURA, declaro, sob as penas da Lei, que
 o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
 ocorrido com a vítima JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL,
 cujo o condutor era JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL.

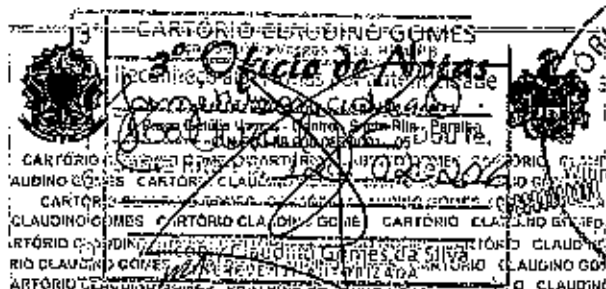
Veículo: MOTOCICLETA
 Ano: 2014
 Modelo: HONDA NARISO BROS ES
 Placa: QFC 7546
 Chassi: 9C2K D0550 ER 112006
 Data do acidente: 12/10/2014



Local e data: JOÃO PESSOA, 08/09/2016

Jamerson de Oliveira Cabral
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



SEGURADORA LIDER DE VIGILÂNCIA



Declaração do Proprietário do Veículo

EU, JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL,
 RG nº 3.673.543, data de expedição 20/06/2008, Órgão SSD5123,
 portador do CPF nº 111.058.414-90, com Domicílio na
 cidade de SANTA RITA, no Estado de PARAÍBA, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. PREFEITA LIA BELTRÃO,
 nº 207, complemento MARCOS MOURA, declaro, sob as penas da Lei, que
 o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
 ocorrido com a vítima JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL,
 cujo o condutor era JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL.

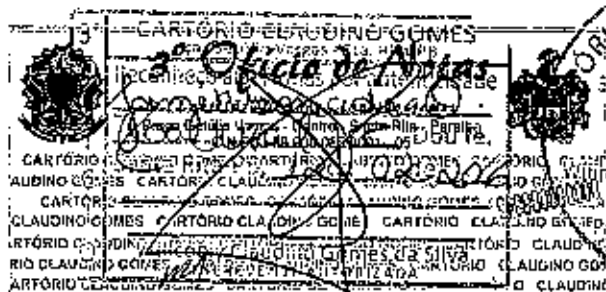
Veículo: MOTOCICLETA
 Ano: 2014
 Modelo: HONDA NARISO BROS ES
 Placa: RFC 7546
 Chassi: 9C2K D0550 ER 112006
 Data do acidente: 12/10/2014



Local e data: JOÃO PESSOA, 08/09/2016

Jamerson de Oliveira Cabral
 Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



SEGURADORA LIDER DE VIGILÂNCIA



MINISTÉRIO DA
SAÚDE
UNIDADE DE SAÚDE

CERTIDÃO

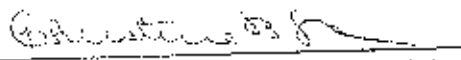
Nº. 3199/2014

Atendendo solicitação de **JÔNATAS EVANGELISTA TOMÉ DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 699127 pertencente a **JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 12/10/2014 às 23h47min, vítima de colisão carro x moto, apresentando corte contuso no pé direito e trauma na mão direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em quinto quirodáctilo direito. Realizado medicação e liberado.

E para constar eu, **CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA**, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de Novembro 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

SECRETARIA DE SAÚDE - 22/11/2014 10:22 - 000000000000

DOCUMENTO 5 "1540"

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
111.058.414-80

Nome
JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

Nascimento
20/06/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012030321739
ACERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CCB RENAVAM - BRT - 20150000312518 EXERCÍCIO
1 0101244196 0000/00000000 2015

NOME
JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

CPF / CNPJ
11105841480

PLACA
QFC7546/PB

PLACA ANT./UR - CHASSI
NOVOA - PB 9C2KD0550ER112006

VEICULO / MOTOCICLETA / NAO APLIC
PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC

COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA / NR150 BROS-ES

ANO FAB. - ANO MOO.
2014 - 2014

CAR. POT./CL. - CATEGORIA
2-P/149 /CL. PARTIC

COR. PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA UNICA - VENC. COTA UNICA
IPVA-PAGO EM 10/07/2015

VENC. COTAS
2

FAIXA I.E.V.A. - PARCELAMENTO / COTAS
A ***** 0

3

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - PRÊMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 10/07/2015

OBSERVAÇÕES

A.F. ADM DE CONC. NACIÓN HONDA LTDA.

SANTA RITA-PB

DATA
22/07/2015

31623



Assinatura do Segurado

4055

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012030321739 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 546/PE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
11105841480 - QFC7546/PB

RENAVAM - MARCA / MODELO
0101244196-53NOA/NXR150-BROS-ES

ANO FAB. - CAL. US - ANO CHASSI
2014 - 9 - 9C2KD0550ER112006

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) - DENATRAN (R\$) - CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) - IOF (R\$) - SEGURO - P A G O
***** *****

S - PAGAMENTO - PARCELADO - DATA DE PAGAMENTO
COTA UNICA - 22/07/2015

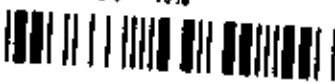
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.244.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

40550-1152397-20150722

DOCUMENTO 6 76%



SEGURADORA LÍDER DPVAT - 22/07/2015 10:22 - 000000000000

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1091581/16

Vítima: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

CPF: 111.058.414-80

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/10/2014

Titular do CPF: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros



JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL : 111.058.414-80

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.

Portador da documentação entregue

Data: 29/09/2016

Nome: JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

CPF/CNPJ: 111.058.414-80

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/09/2016

Nome: MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS

CPF: 070.164.987-94

JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL

MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS

COBERTURA SOLICITADA POR LÍDER DPVAT - 22/6/2016 Nº 21 - 00000000000000000000

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JAMERSON DE OLIVEIRA CABRALDATA DO ACIDENTE 12/10/2014 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº CPF 111.058.914-90

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, como os listados ao lado, neste formulário.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradortransito.com.br ou ligue grátis 0800 021 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (V) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada (X) Sim () Não
(X) 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
(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.
(X) 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 de Cônjuge (original)
BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junta 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 junta à Receita Federal ou Decisão 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) JAMERSON DE OLIVEIRA CABRAL
Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador
E-mail JAMERSON.CABRAL@Gmail.com Telefone (83) 9997-0989
Data 08/04/2016 Assinatura Jamerson de Oliveira Cabral

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) COBREIOS
Atendente LUCILEIDE S. DE OLIVEIRA Matrícula 04111110488
Data 08/04/16 Assinatura Jane Lindy

Seguradora Líder

SEGUI

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

NOME / ENDEREÇO / Estado		TELEFONE / Phone Number	
JAMERSON DE OLIVEIRA CARVALHO		(83) 98997-0989	
ENDEREÇO / Address			
R. PREFEITA LIA BELTRÃO MARCOS NOVA, 209			
CEP / Zip		CIDADE / City	
53303440		SANTA RITA	
UF / State		PAÍS / Country	
PB		BRASIL	

RECICLAR MATERIAIS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE



BRASIL
1995-2000