

Rio de Janeiro, 04 de Novembro de 2017

Carta nº: 11907465

A/C: RAYANNE CHRISTINE ASSUNCAO DA SILVA

Sinistro: 3170357262 ASL-0246889/17  
Vitima: ROBSON BATISTA GOMES  
Data Acidente: 09/05/2017  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAYANNE CHRISTINE ASSUNCAO DA SILVA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000061240-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Setembro de 2017

Carta nº: 11584213

A/C: VLADIA LUCIA BATISTA GOMES

Sinistro:	3170357262 ASL-0246889/17
Vítima:	ROBSON BATISTA GOMES
Data Acidente:	09/05/2017
Natureza:	MORTE
Procurador:	LIVANIR DA SILVA PEREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VLADIA LUCIA BATISTA GOMES

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 341

Agência: 000001352

Conta: 0000037351-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# ITAÚ – UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 341                    AGÊNCIA: 0477                    CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VLADIA LUCIA BATISTA GOMES

BANCO: 341

AGÊNCIA: 01352

CONTA: 000000037351-6

---

Autenticação:

812137BC51F64917050BA16BC6F71BE4068066F69051AF9C8B542ED543B415C7

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001            AGÊNCIA: 1769-8            CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAYANNE CHRISTINE ASSUNCAO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000061240-8

---

Nr. da Autenticação 42296F5FD2BE7D85



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de Idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

036-364-752-07

Raimon Batista Gomes

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <u>Rayanne Christine Assumpção da Silva</u>		CPF titular da conta <u>039-364-182-23</u>	Profissão <u>Do lar</u>
Endereço <u>Rua: HC 07</u>		Número <u>52</u>	Complemento <u>2</u>
Bairro <u>Somadas Helio Campos</u>	Cidade <u>Bea Vista</u>	Estado <u>Roraima</u>	CEP <u>69-316-468</u>
Email <u>lucianacarneiro@outlook.com</u>		Telefone (DDD) <u>(95) 99639-0860</u>	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

0653

(Informar dígito se existir)

00-061-290

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

DV

CONTA

NRO.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência bancária. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Bea Vista - RR, 04 de Outubro de 2017

Local e Data

19 OUT. 2017

RECEBIDO

Rayanne Christine A. da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rayanne Christine A. da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

0653 - BOA VISTA - RR

DATA: 26/06/2017

HORA: 12:35:46

TERMINAL: 1003

NSU: 001488

AUT: 0087

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM. DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 0653/013/00.061.240-8

NOME: RAYANNE CHRISTINE ASSUNCAO DA SI

DEPOSITANTE:

O P

VALOR TOTAL:

00,00

VALOR DINHEIRO:

00,00

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800 725 7474

www.caixa.gov.br

1ª Via - Via Cliente

SABEMI SEGURADORA S/A  
19 OUT. 2017  
RECEBIDO

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, VLADIA WILIA BATISTA GOMES

PORTADOR(A) DO RG Nº 391355 EXPEDIDO POR SSP/RR EM 19 / 05 / 97

CPF 039798162-49 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO DO LAR

E RENDA MENSAL DE R\$ RECUSA-SE ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROBSON BATISTA GOMES, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 precisam ser apresentados, de alguma forma, em qualquer uma das seguintes situações:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: SALÁRIO ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT 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 344 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1352 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37.351-6

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.

BORVISTA 25 de MAIO

de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



**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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Agência/Conta: 3352/37351-6  
 VLADIA LUCIA BATISTA GOMES  
 CPF: 619.798.162-49

Tipo: Individual

DATA	HISTÓRICO	ORIG	VALOR
000.000.000	000.000.000	000.000.000	000.000.000

CEI: 0001 01000000000000000000000000000000







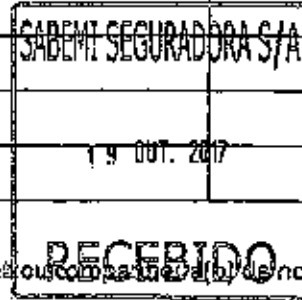
### DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) HERDEIRO(S)

Declaramos, para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Robson Batista Gomes, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 09 / 05 / 2017, faleceu em 12 / 05 / 2017, no estado civil de Solteiro (solteiro, casado, separado judicialmente, divorçado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	LA QUALIDADE DE(ES)	RG	CPF
1.	Angel Larissa Albuquerque Gomes	Filho		062.791.162-55
2.				
3.				
4.				
5.				

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima ☒ não deixou companheiro(a) ou ( ) deixou companheiro(a) de nome \_\_\_\_\_



Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam redamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Bela Vista - RR, 04 de Outubro de 2017  
LOCAL E DATA

Rayanne Christine A. da Silva  
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

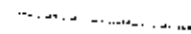
ASSINATURA DO DECLARANTE

1	DADOS E ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL (SE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES), DE IDADE (*)			
	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
	1. Rayanne Christine A. da Silva	453922-2	039.311.182-23	Rayanne Christine A. da Silva
	2.			

2	DADOS DAS TESTEMUNHAS			
	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
	1. Luízine Lúcia de Noronha	305458-9	902.397.922-20	Luízine Lúcia de Noronha
	2. Elieneiva Costa Silva	250228	828.993.632-04	Elieneiva Costa Silva

#### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 15 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor,
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(amos) conhecimento de que o(amos) ROBSON BATISTA GOMES, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 09/05/2017, faleceu em 12/05/2017, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo); deixando como único(s) herdeiro(s) legítimo(s) e beneficiário(s):

[<sup>5</sup>] Fyucicilina e droga parenterocon a vitina

Declaro(mos), ainda, que a vítima 64 não deixou companheiro(a) ou 1 deixou companheiro(a) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) e presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAX.

27 la dia Livia B Gomez

[illegible]

## ASSUMPTIONS AND DISCUSSION

SSS12.7020 05 DSI APARTS

SABEMI SEGUROADORA S/A  
 TIAPANTE  
 DE 12.8 JUN 2017  
 ASSINATURA  
 RECEBIDO

(\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS, 18 ANOS e 21 ANOS, o testilheiro deverá assinar juntamente ao cartório Arrolatura do Poder Judiciário e o testilheiro legal ou Assistente deverá preencher e assinar no modelo (1).

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
PODER JUDICIÁRIO

NOTAS, REGISTROS, TABELIONATO E PROTESTO DE TÍTULOS  
**TABELIONATO DO 2º OFÍCIO**

SABEMI SEGURADORA S/A

19 OUT. 2017

RECEBIDO



REGISTRO CIVIL

Wagner Mendes Coelho  
TABELIÃO

Jose Coelho de Souza Neto  
SUBSTITUTO

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

**ANGEL LAVÍNIA ASSUNÇÃO GOMES**

DATA DE NASCIMENTO: 096511-01 55 2015 1 00169 194 0102201 19

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Dezenove de abril de dois mil e quinze

DIA  
19

MÊS  
04

ANO  
2015

HORA NASC

21h17min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Boa Vista/RR

MUNICÍPIO DE REGISTRO E OF

Boa Vista-RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil  
Nossa Senhora de Nazareth

SEXO

Fem

FILIAÇÃO

ROBSON BATISTA GOMES, natural de Monte Alegre/PA e  
RAYANNE CHRISTINE ASSUNÇÃO DA SILVA, natural de Boa  
Vista/RR

AVÓS

Luís Francelino Gomes e Vlândia Lúcia Batista Gomes  
(paternos) e Zildenio Laurentino da Silva e Rosilene  
Assunção de Castro (maternos)

CÊNZOS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS CÊNZOS

Nada consta

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO

Vinte e oito de abril de dois mil e quinze

Nº CIVIL

30-070037340-5

OBSERVAÇÕES / ADVERTÊNCIAS

Ato registrado no livro A-169, às folhas 194, sob o nº  
102201. 1ª Via. Declarante O pai.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou  
Boa Vista-RR, 28 de abril de 2015

LOCAL DO OFÍCIO:

Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR:

Wagner Mendes Coelho

MUNICÍPIO/UF:

Boa Vista-RR

ENDEREÇO:

Av. Atalá de Azevedo, 2-042

