

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  
Vitima: 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**

# ITAU - 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

Rayanne Botelho Formes

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Rayanne Botelho Formes	039.364.752-23	De Lar
Endereço	Número	Complemento
Rua: HC 07	52	2
Bairro	Estado	CEP
Serrana Hélia Lompa	Roraima	69.346-468
Email	Telefone (DDD)	
rayannebotelho.6@hotmail.com	(95) 99639-0860	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> 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.	CONTA NRO.
0653	00.061.290/8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO  
Nome \_\_\_\_\_ NRO. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
_____	_____

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

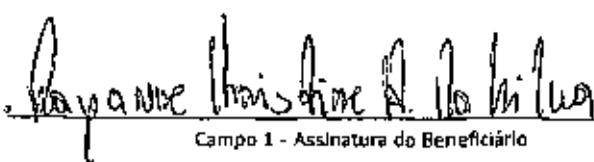
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta.

Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

19 OUT. 2017

Beavá - RR - 04 de Outubro de 2017

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



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, Maria Lúcia Batista Gomes

PORTADOR(A) DO RG Nº 39.1355

EXPEDIDO POR SSPIRR

EM 19/05/97

CPF 03979816249 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO DO LBR

E RENDA MENSAL DE R\$ Recuse-se ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Robson Batista Gomes, 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 consultar 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 em forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário erou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: SAÚDE 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 Lotáticas 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 SISDPVA; Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

04 AGO 2017  
RECEBIDO

**IMPORTANTES:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colônia, 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 AGENCIA (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)

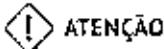
Nº do BANCO 341 Nº da AGENCIA (com dígito, se existir) 1352 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 37351-6

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.

Por VISTA 25 de MARÇO de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



### ATENÇÃO

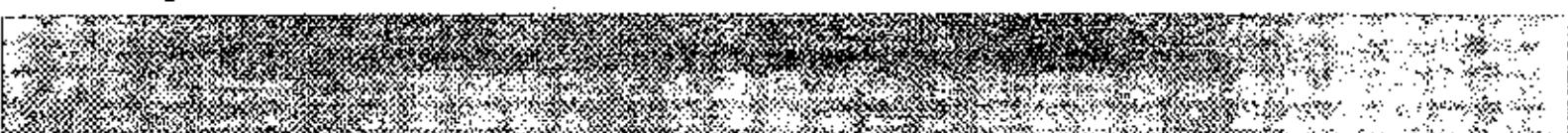
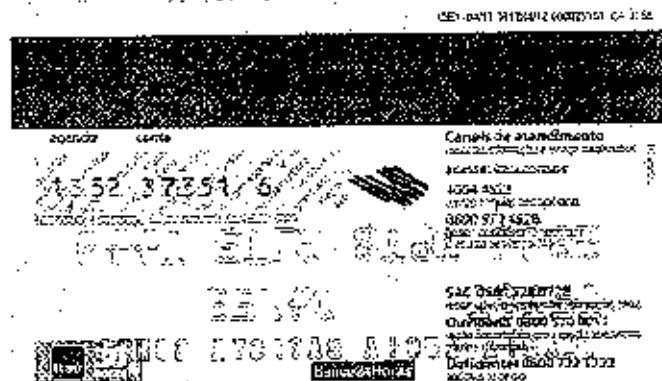
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago an/s legítimo/s beneficiári/o/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas) e de acordo 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.dpvalsegurodotransito.com.br](http://www.dpvalsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Agência/Conta: 3352/37351-6  
VLADIA LUCIA BATTISTA GOMES  
CPF: 639.798.162-49

Tipo: individual

DATA	HISTÓRICO			VALOR
	COD. DOCS. FECH	ORIG	OPVAL AUT	
				CARTAO





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

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

NOME COMPLETO	TAQUIGRAFIA DE(*)	RG	CPF
1. <u>Angel Larissa Adriane Gomes</u>	<u>Filha</u>		<u>062.791.162-55</u>
2.			<b>ASSINATURA DO DECLARANTE</b>
3.			<b>ASSINATURA DA SEGURO DPVAT</b>
4.			
5.			<u>19/07/2017</u>

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

Declaro(mos), ainda, que a vítima  não deixou companheira(o) ou  deixou comparsa(o) no 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.

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

Rayanne Larissa A. da Silva  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO DECLARANTE

**1**

DATA E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(S) MENOR(ES) DE IDADE ( )

NAME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Rayanne Larissa A. da Silva</u>	<u>453922-2</u>	<u>039.311.182-23</u>	<u>Rayanne Larissa A. da Silva</u>
2.			

**2**

NAME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Leilson Lotu de Moura</u>	<u>305458-9</u>	<u>902.397.922-20</u>	<u>Leilson Lotu de Moura</u>
2. <u>Felincira Costa Silva</u>	<u>250228</u>	<u>1628.493.637-04</u>	<u>Felincira Costa Silva</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 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 na guilha (t).



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), 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, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo; deixando como unico(s) herdeiro(s) legítimo(s) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NAÇÃO/QUALIFICADO(*)	RG	CPF
1 VIANA NUCIA Batista GOMES	2 MATE	3 19355	4 839.798.162-49
5			
6			
7			

11. Fue acusado o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima (x) não deixou companheira(s) ou (x) deixou companheira(s) de nome:

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício de vontade ou consentimento, o(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 reclamar o pagamento da indenização do Seguro DIIVAR.

BON VISTA 25/05/2017

1301 1001

Vila das Linhas B Gomes

卷之三

1648 (1972)

365x 621.765 2013-06-13 05:31:51

1000 B.C.

八級英語詞根詞彙

SAREMI SEGUROADORA S/A

— 12 —

1

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE (TRATANDO-SE DE PESSOAS FÍSICAS) LEGAL(ES) MENCIONADAS DE JURDE (12.8.2012)

ASSINATURA

die ASSISTENZFREI

תְּלִימָדָה בְּבִנְיָמִינָה

2

Nome completo : RG : CEP : Assinatura:

Alivio de Balita, 101-211570 72299430262 Alivio

1000

#### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTAÇÕES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 18 ANOS, só deve preencher o formulário legal deverá assinar, assinatura;
  - b) Caso o herdeiro legal possua entre 18 ANOS (18/07/2003) e 21 ANOS (21/06/2005), o herdeiro legal deverá assinar, assinatura, necessariamente no campo Assinatura do Declarante e do Fazendeiro Legal ou Assinante devendo preencher e assinar no quadro (5).

19. The following table gives the number of deaths in each of the 50 states and the District of Columbia, for the year 1900.



Cópia da documentação



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

Wagner Mendes Coelho  
TABELIAO

Jose Coelho de Souza Neto  
SUBSTITUTO

SABEMI SEGURADORA S/A

9 OUT. 2017

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ANGEL LAVÍNIA ASSUNÇÃO GOMES

NASCIMENTO:

096511-01-55-2015-1-00169-194-0102201-19

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Dezenove de abril de dois mil e quinze

DIA

MÊS

ANO

HORA NASC.

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIÃO DA FEDERAÇÃO

21h17min

Boa Vista/RR

19

04

2015

MUNICÍPIO DE REGISTRO E OF.

Boa Vista-RR

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital Materno Infantil  
Nossa Senhora de NazarethSEXO  
Fem

FILIAÇÃO:

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

AVOS:

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

ÓRGÃOS:

NADA. NOME E NÚMERO DO CÉMICO

Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO:

Vinte e oito de abril de dois mil e quinze

N.º CIV. 30-070037340-5

OBSERVAÇÕES / AVERBACÕES:

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  
faz, Boa Vista-RR, 28 de abril de 2015.

PODE DO OFÍCIO:  
Tabelionato do 2º Ofício

OFICIAL REGISTRADOR:  
Wagner Mendes Coelho

REGISTRO CIVIL  
Tabelionato do 2º Ofício  
Boa Vista-RR

ENDEREÇO:  
Av. Afonso Pena, 2-042

