

Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ELIANE ALVES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180403177

Vitima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180403177**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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 13318609



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ANA PAULA ALVES DA SILVA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180403177
Vitima: DAMIAO ALVES DA SILVA
Data do Acidente: 29/06/2018
Cobertura: MORTE
Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180403177**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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 13319597



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES DA SILVA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180403177
Vitima: DAMIAO ALVES DA SILVA
Data do Acidente: 29/06/2018
Cobertura: MORTE
Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180403177**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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 13319850



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ELIANE ALVES DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180403177

Vitima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180403177**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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

Carta nº 13346833



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ANA PAULA ALVES DA SILVA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180403177

Vitima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180403177**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES DA SILVA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180403177

Vitima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180403177**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180403177

Vitima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180403177**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, 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



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180403177

Vítima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA PAULA ALVES DA SILVA DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato 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 13647707



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180403177

Vítima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELIANE ALVES DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato 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 13648996



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180403177

Vítima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES DA SILVA DOS SANTOS

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato 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 13648997



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180403177

Vítima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA

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

Boletim de ocorrência

Sendo assim, favor entrar em contato 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 13651297



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180403177

Vítima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELIANE ALVES DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e 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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180403177

Vítima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANA PAULA ALVES DA SILVA DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e 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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180403177

Vítima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES DA SILVA 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

Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180403177

Vítima: DAMIAO ALVES DA SILVA

Data do Acidente: 29/06/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e 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

3º
Ofício

CADEMI SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

JUNIOR PIMENTEL FERREIRA

RECEBIDO

CARTÓRIO CAVALCANTE

CNPJ/MF 02.787.864/0001-20

Crateús - CE - 3 OFÍCIO - Serventia Extrajudicial

SILVANIA BARRETO CAVALCANTE

Tabeliã e Registradora

MARIA DO CARMO GOMES SANTOS

FABIANA BARRETO CAVALCANTE

Substitutos

Junior Pimentel Ferreira

Escrituras, Procurações, Protestos, Registros de títulos e documentos, autenticações, abertura e reconhecimentos de firma.

SEGUNDO TRASLADO DE PROCURAÇÃO PÚBLICA bastante que fazem: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA como **OUTORGANTE** e KAMILA VIEIRA GOMES como **OUTORGADA**.

SAIBAM quantos este público instrumento de procuração virem que a(os) 12 dia(s) do mês de julho do ano de 2018, nesta cidade de Crateús, Estado do Ceará, neste cartório, perante mim Notária compareceu como **OUTORGANTE** MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA, brasileira, viúva, agricultora, residente e domiciliada no Pv. Lagoa do Barro, zona rural em Ipaporanga Ceará, portadora do RG nº 2000098113276-SSPDC-CE, e CPF nº 985.530.893-04, reconhecida como a própria por mim Notária pelos documentos originais a mim apresentados, bem como, reconheço a capacidade para o ato pelas respostas dadas às perguntas que lhe fiz, do que dou fé. Pela outorgante me foi dito que, por este público instrumento e nos melhores termos de direito, nomeia e constitui como **PROCURADORA** KAMILA VIEIRA GOMES, brasileira, solteira, do lar, portadora da CI n.º 2004009022108-SSP-CE., e CPF n.º 030.341.643-27, residente e domiciliada na Avenida Sargento Herminio nº 1668 bairro São Vicente em Crateús -Ceará, a quem concede **PODERES** a quem confere amplos e ilimitados poderes para representar a outorgante junto a Seguradora Líder dos Consórcios do seguro DPVAT e/ou seguradora Líder de Seguros DPVAT e/ ou FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A, SEGURADORA CAPEMISA VIDA E PREVIDÊNCIA, e/ou onde com esta presente, para retirar seguro indenizatório (Seguro Obrigatório DPVAT) de acidente de motocicleta, tendo como vítima- DAMIÃO ALVES DA SILVA, que era esposo da outorgante, sendo ela herdeira do mesmo, com poderes para o preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro - Seguro Obrigatório DPVAT; formulário de declaração de residência, formulário de declaração de inexistência ou de ausência de Laudo do IML, formulário de aviso de sinistro e quaisquer outros formulários relacionados ao Seguro Obrigatório DPVAT, podendo representá-lo em repartição competente e onde com esta se apresente, podendo **ESPECIAIS** para receber cheques, sacar, abrir e/ou movimentar Conta Corrente/poupança, ou depositar em qualquer instituição bancária, notadamente junto ao **BANCO BRADESCO**, agência 0997, conta 0003744-3, podendo movimentar a referida conta, sacar quaisquer valores, cadastrar, alterar, desbloquear senha, retirar extratos e saldos etc.; podendo requerer, assinar recibos, assinar declarações de endereço, com poderes para o preenchimento e assinatura do Formulário de Autorização de pagamento/crédito de indenização de sinistro - Seguro Obrigatório DPVAT, fazer e assinar requerimento e os documentos necessários, para tal fim e substabelecer, respondendo o outorgante civil e criminalmente pelas declarações que a outorgada



fizer é pelos atos que praticar, nos limites e por força do presente mandato. E, como assim o disse, do que dou fé, lavrei este instrumento que, lido e achado, conforme, aceita e assina a seu rogo, por ser analfabeto (deixando, entretanto sua impressão datiloscópica do polegar direito). Antônio Ivan Sabóia Lopes, brasileiro, solteiro, auxiliar de cartório, residente e domiciliado na Rua Dom Pedro II, nº 1479, bairro Fátima II, portador do RG nº 20074914183-SSPDS-CE e CPF nº 051.928.173-07. Foram dispensadas as testemunhas de acordo com o Art. 215 parágrafo 5º do CCB e do Provimento nº 1/88 do Conselho da Magistratura do Estado do Ceará. (aa) Antônio Ivan Sabóia Lopes. Confere com a original. Dou fé. Data supra. E como assim o disse do que dou fé, lavrei este instrumento que, sendo lido em voz alta, outorga, aceita e assina. AS: MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA. Eu SILVANIA BARRETO CAVALCANTE, Notária, subscrevo

e assino em público e raso, com sinal que uso. Em testemunho da verdade. Dou fé. Crato, 21 de agosto de 2018. Está conforme o original. Traslada hoje.

OUTORGANTE

SILVANIA BARRETO CAVALCANTE

Notária



SABEMI SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO

TRIBUNAL DE JUSTIÇA - TJCE

ENCLOSURAS	29,76
TJCE	0,00
TERMO JU	3,69
SECO	4,75
FRUP	1,46
	2,75
	0,00
TOTAL	42,31
SL	



Bradesco

Saldos

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS

MARIA DE LOURDE DOS SANTOS SILVA

10:20 HRS

AGENCIA 0997-0CONTA 0003744-3

12/JUL/2018

DISPONIVEL

= TOTAL DISPONIVEL

104,89-

+ CONTA FACIL (C/C + POUP)

104,89-

TOTAL DE RECURSOS

104,89-

LIMITES DE CREDITO

CHEQUE ESPECIAL

500,00

LIMITE UTILIZADO

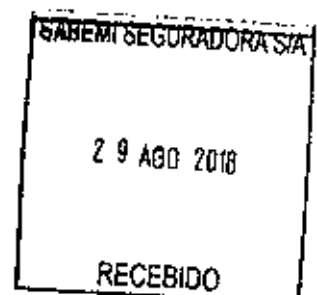
104,89-

LIMITE A UTILIZAR

395,11

TAXA CHQ ESP.: 13,32% A.M. 348,98% A.A.

VCTO.: 20/08/2018





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

12656136806

Nome completo da vítima

Daniela Alves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Eliane Alves dos Santos de Azevedo	05310395369	Sinicultura
Endereço	Número	Complemento
Miguel Paulista	119	-
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Itaperiú	RJ
E-mail	Telefone (DDD)	
liane@uol.com.br	(21) 993393922	

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

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,01 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)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

AGÊNCIA

Nº

DV

CONTA

Nº

DV

1507

-

39990

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

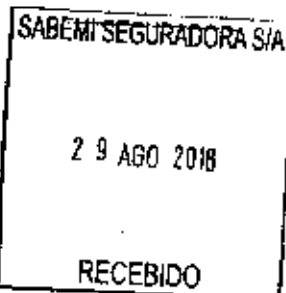
(Informar dígito se existir)

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

Assinatura: Eliane Alves dos Santos de Azevedo
Local e Data: Itaperiú, RJ, 07 de Agosto de 2018

Eliane Alves dos Santos de Azevedo



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 12.656.136/06	Nome completo da vítima Damião Alves dos Santos
---------------------------	---------------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Damião dos Santos Alves dos Santos	CPF titular da conta 061.477.613/90	Profissão Agudante
Endereço Rua José Alves	Número 158	Complemento
Bairro Centro	Cidade São Paulo	CEP 04.960.070
E-mail Ramila - ramila@hotmail.com		Telefone (DDD) (11) 992393922

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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	

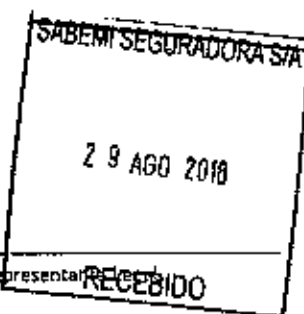
<input type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRO _____	
AGÊNCIA NRO. 3280 <small>(informar dígito se existir)</small>	DIV <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA NRO. _____ <small>(informar dígito se existir)</small>	DIV <input type="checkbox"/>
CONTA NRO. 43991 <small>(informar dígito se existir)</small>	DIV <input type="checkbox"/>	CONTA NRO. _____ <small>(informar dígito se existir)</small>	DIV <input type="checkbox"/>

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

São Paulo 07 de Agosto de 2018
Local e Data

x Fco dos Santos A. da dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Nome do Sinistro do ASI

CPF da Vítima

12056136806

Nome completo da vítima

Damas Alves da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Ana Paula Alves da Silva dos Santos

CPF titular da conta

07151781300

Profissão

Assistente

Endereço

Rua do Barro

Número

51

Complemento

Cidade

Zona Rural

Cidade

Spaparanga

Estado

CE

CEP

69215-000

Telefone (DDD)

Família - recorre O hotmail. com

É claro, 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

☒ RECUSO INFORMAR

RS: 101,00 ATÉ RS 5.000,00

☐ SEM RENDA

RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00

☐ ATÉ RS 1.000,00

RS 1.001,00 ATÉ RS 3.000,00

☐ ACIMA DE RS 10.000,00

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

BRASECO (237) BANCO DO BRASIL (001) C. ITAU (341)

☒ CAIXA ECONOMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0747

CONTA

53301

CONTA

101

Informar, digite se existir

Informar, digite se existir

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

UV

CONTA

NRO

Informar, digite se existir

Informar, digite 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 respectiva agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

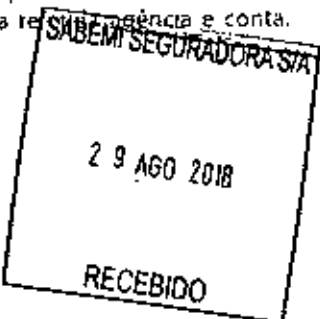
Leticia 07 de Agosto de 2017

Lugar e Data

x Ana Paula Alves da Silva dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



**CENTRO DE OPERAÇÕES POLICIAL MILITAR – CRATEÚS-CE
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL AO SENHOR
CEL COMANDANTE DO CPI NORTE.**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL
(IPAPORANGA-CE)**

Informo à Vossa Senhoria, que hoje dia 29/06/2018, por volta das 08h, precisamente na CE-189, estrada que liga Crateús-CE à Ipaporanga-CE, na localidade de Vaca Morta, houve uma colisão entre um carro e uma motoneta, que deixou uma vítima fatal. A vítima fatal foi o Sr.: Damião Alves da Silva, conhecido como "Tim", 53 anos, filho de Manoel Alves da Silva e Maria Bonfim de Melo, natural de Nova Russas, residente em Cajás dos Quadros/Ipaporanga. A vítima conduzia a motoneta Drea de cor preta, sem placa e trafegava sentido Ipaporanga/Crateús, quando tentou ultrapassar dois veículos, uma D20 e um caminhão carregado de gás e acabou colidindo frontalmente com um caminhão de uma cerâmica de propriedade do Sr João Braz.

A vítima teve morte imediata e o condutor do caminhão que, segundo populares não teve nenhuma culpa, apresentou-se na Delegacia de Polícia Civil. Observação: "Tim", era preso da Justiça do regime semiaberto da cadeia de Ipaporanga onde respondia por homicídio.

O corpo da vítima será encaminhado para o Instituto Médico Legal na cidade de Tauá. A viatura do Destacamento de Ipaporanga, Sargento Linardo, Sargento Araújo e Sargento Wilton, esteve no local do acidente

Quartel em Crateús-CE, 29 de junho de 2018.

Antônia Gêrla Ferreira de Araújo
Antônia Gêrla Ferreira de Araújo – 1º SGT PM
MF: 110.848-1-8
Operadora de Comunicação. Turno A

Francisco Erivando Alves da Silva
Francisco Erivando Alves da Silva - 2º Ten. QOAPM
MF: 055.904-1-4
Fiscal de Policiamento





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



TERMO DE DECLARAÇÃO DE JOAO PAULO ALVES DA SILVA
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 2347 / 2018

Aos 3 dia(s) do mês de Outubro de 2018, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 11:45 hora(s) presente se achava o(a) Bel(a). RENE GOMES MESQUITA, Delegado(a), comigo FABIO SOARES OLIVEIRA, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório JOAO PAULO ALVES DA SILVA, nacionalidade Brasil, solteiro(a), 2o. grau incompleto, agricultor, filho(a) de DAMIAO ALVES DA SILVA e ORTENCIA ALVES ASSUNÇÃO, nascido(a) em 07/06/2000, natural de Ipaporanga/CE, residente à Sítio Acude Novo, Zona Rural - Ipaporanga/CE. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, O declarante informa que é filho do de cujus DAMIÃO ALVES DA SILVA, falecido na data de 29/06/2018, por volta das 10h, vítima de acidente de trânsito, conforme registrado em boletim de ocorrência nº 445-2347/2018, nesta Delegacia de Polícia Civil, bem como certidão de óbito e demais documentos apresentados por ocasião do presente termo; Que seu pai trafegava numa motoneta HONDA DREAM C 100, número do motor C100KSL-N01782, conforme fotografia apresentada do veículo, o qual colidiu, durante uma ultrapassagem, com um CAMINHÃO GM/CHEVROLET, ANO/MOD: 1987, COR BRANCA, DE PLACAS: JTH-8983, licenciado em nome de João Siqueira Braz; Que comparece neste Delegacia de Polícia Civil para fins ratificar o registro do referido acidente de trânsito, o qual vitimou seu pai, para fins de recebimento do Seguro DPVAT.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, FABIO SOARES OLIVEIRA, Escrivã(o) que o digitei.

DELEGADO(A) : _____

Renê Gomes Mesquita
Delegado de Polícia Civil
MAT 301.205-2-3

DECLARANTE : _____

ESCRIVÃ(O) : _____

Fábio Soares Oliveira
Escrivão de Polícia Civil
MAT 301.205-2-3

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

SABER SE SEGURADORA S/A

Impresso em 07/10/2018 11:50:06

17 OUT 2018

RECEBIDO

35.045.475/0001-89

CARTÓRIO DE 1º E 2º OFÍCIO
DE NOTAS E REGISTROSRUA RAIMUNDO EVARISTO, N.º 199 - CENTRO
CEP: 63.400-000
IPAPORANGA - CEREPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

DAMIÃO ALVES DA SILVA

CPF'S:

126.561.368-06

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA

985.530.893-04

MATRÍCULA:

019661 02 55 1987 2 00003 281 0001035 21

Nomes completos do solteiro, datas e locais de nascimento, nacionalidades e filiação dos conjuges

DAMIÃO ALVES DA SILVA, solteiro, brasileiro, nascido em Cajás dos Quadros, Nova Russas, Estado do Ceará a 12 de março de 1965, agricultor, filho de MANOEL ALVES DA SILVA e MARIA BONFIM DE MELO; MARIA DE LOURDES DOS SANTOS COSTA, solteira, brasileira, nascida em Iraporanga, Estado do Ceará a 22 de abril de 1959, doméstica, filha de VICENTE ALEIXO DA COSTA e GONÇALA NARCISO DOS SANTOS

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

quatorze de março de mil novecentos e oitenta e sete

DIA

14

MES

03

ANO

1987

REGIM DE BENS DO CASAMENTO

comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA

SABEMI SEGURODORA S/A

AVERBAÇÃO/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Nada consta.

29 AGO 2018

RECEBIDO

ANOTAÇÕES DE CADASTRO
DOCUMENTO

NÚMERO

EXPEDIÇÃO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

VALIDADE

C

RG

--0--

--0--

--0--

--0--

N

PIS/NIS

--0--

--0--

--0--

--0--

J

PASSAPORTE

--0--

--0--

--0--

--0--

I

CAR. NAC. SAÚDE

--0--

--0--

--0--

--0--

C

RG

--0--

--0--

--0--

--0--

N

PIS/NIS

--0--

--0--

--0--

--0--

J

PASSAPORTE

--0--

--0--

--0--

--0--

2

CAR. NAC. SAÚDE

--0--

--0--

--0--

--0--

CI

RTE. OBRIGATORIAL

NÚMERO

--0--

ZONA/SECAU

MUNICÍPIO

UF

CEP

SANTOS

C2

F. TÍTULO FAMILIAR

NÚMERO

--0--

ZONA/SECAU

MUNICÍPIO

UF

CEP

SANTOS

Cartório de Notas e Registros - Comarca de Iraporanga/CE
RUBENS DORNELLES DA ROSA,
Registrador.

Iraporanga - Ceará

Rua Raimundo Evaristo, 199 Centro

Tel. 36841186

SELO:

SEGUNDAS VIAS
Nascimento ou Óbito
e Averbações Gratuitas
AB 751.731O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Iraporanga, 04 de julho de 2018.

Damiana Rodrigues da Silva

DAMIANA RODRIGUES DA SILVA

Escrivente Autorizado(a)

CARTÓRIO GETÚLIO DORNELLES
Damiana Rodrigues da Silva
Escrivente AutorizadaBA 001356895 BRP
ARPENBRASIL

35.045.475/0001-89

CARTÓRIO DE 1º E 2º OFÍCIO
DE NOTAS E REGISTROS

RUA RAIMUNDO EVARISTO, Nº 199 - CENTRO

CEP: 62.215-006

IPAPORANGA - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

JOSÉ RIBAMAR DE ARAÚJO

ELIANE ALVES DOS SANTOS

CPF'S:

003.481.853-75

053.103.953-69

MATRÍCULA:

019661 02 55 2009 2 00006 578 0002251 13

Nomes completos de solteiro, datas e locais de nascimento, nacionalidades e filiação dos conjuges

JOSÉ RIBAMAR DE ARAÚJO, BRASILEIRO, nascido em CRATEÚS-CE a 11 de junho de 1981;
TRABALHADOR RURAL, filho de RAIMUNDO RODRIGUES DE ARAUJO e ALDENORA MATIAS DE ARAUJO;
ELIANE ALVES DOS SANTOS, BRASILEIRA, nascida em LAGOA DO BARRO - IPAPORANGA/CE a 11 de maio
de 1990, TRABALHADORA RURAL, filha de DAMIÃO ALVES DA SILVA e MARIA DE LOURDES SANTOS SILVA

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO
dois de fevereiro de dois mil e noveDIA
19MÊS
02ANO
2009

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

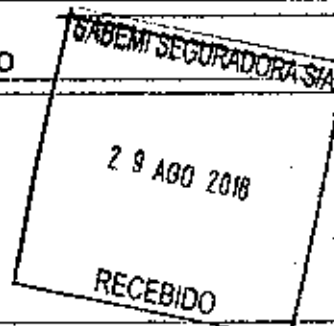
Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

ELIANE ALVES DOS SANTOS DE ARAUJO

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Nada consta.



ANOTAÇÕES DE CADASTRO

	DOCUMENTO	NÚMERO	EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	VALIDADE		
C	RG	-0-	-0-	-0-	-0-		
N	PIS/NIS	-0-	-0-	-0-	-0-		
J	PASSAPORTE	-0-	-0-	-0-	-0-		
1	CART. NAC. SAÚDE	-0-	-0-	-0-	-0-		
C	RG	-0-	-0-	-0-	-0-		
O	PIS/NIS	-0-	-0-	-0-	-0-		
N	PASSAPORTE	-0-	-0-	-0-	-0-		
J	CART. NAC. SAÚDE	-0-	-0-	-0-	-0-		
	DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF	CEP	SANGUE
C1	TÍTULO ELEITORAL	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-X-
C2	TÍTULO ELEITORAL	-0-	-0-	-0-	-0-	-0-	-X-

Cartório de Notas e Registros - Comarca de Ipaporanga/CE
RUBENS DORNELLES DA ROSA,
Registrador.

Ipaporanga - Ceará

Rua Raimundo Evaristo, 199 Centro

Tel. 36841185

SELO:



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Ipaporanga, 12 de abril de 2018.

Damiana Rodrigues da Silva

DAMIANA RODRIGUES DA SILVA

Escrivente Autorizado(a)

CARTÓRIO GETÚLIO DORNELLES

Damiana Rodrigues da Silva

Escrivente Autorizada

BA 001356766 BRP

RPENBRASIL

35.045.475/0001-89

CARTÓRIO DE 1º E 2º OFÍCIO
DE NOTAS E REGISTROSRUA RAIMUNDO EVARISTO, Nº 199 - CENTRO
CEP. 62.215-000
IPAPORANGA - CEREPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

DAMIÃO ALVES DA SILVA

CPF

126.561.368-06

MATRÍCULA:

019661 02 55 2018 4 00006 196 0001767 06

SEXO

Masc.

COR

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 53 anos

NATURALIDADE

NOVA RUSSAS-CE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CI Rg N° 2016018498-8

ELEITOR

RESIDÊNCIA E FILIAÇÃO

residente na localidade de Lagoa do Barro, zona rural, IPAPORANGA-CE, filho(a) de MANOEL ALVES DA SILVA e MARIA BONFIM DE MELO

DATA E HORA DO FALECIMENTO

vinte e nove de junho de dois mil e dezoito às 10:00hs

DIA

29

MÊS

06

ANO

2018

LOCAL DE FALECIMENTO

BR Cratêus/Ipaporanga, IPAPORANGA-CE

CAUSA DA MORTE

Violenta: contusão cardíaca com hemotórax, traumatismo cranio-encefálico, por traumatismo em acidente de trânsito

SEPULTAMENTO, CREMAÇÃO (MUNIC. E CEMIT. SE CONHECIDOS)
Cemitério São Gonzalo, Ipaporanga, Estado do Ceará

DECLARANTE

JOÃO PAULO ALVES DA SILVA

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr. Sálvio Leonardo Araújo de Oliveira CRM-CE 11.411, DO N° 23889883-0

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Filhos: João Paulo, 18 anos, Maria Karina, 16 anos, Francisco Daniel, 13 anos, Francisco das Chagas, 25 anos, Maria Francineuda, 30 anos, Eliane, 28 anos, Ana Paula, 23 anos, Francisco Carlos, 18 anos e a esposa Maria-de Lourdes dos Santos Silva, 61 anos. Deixou bens a inventariar sem testamento conhecido.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

DOCUMENTO	NÚMERO	EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	VALIDADE		
RG	2016018498-8	19/01-2016	SSPDS/CE			
PIS/NIS	-	-	-	-		
PASSAPORTE	-	-	-	-		
CART. NAC. SAÚDE	-	-	-	-		
DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF	CEP	SANGUE
TÍTULO ELEITORAL	-	-	-	-	-	X

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Cartório de Notas e Registros - Comarca de Ipaporanga/CE

RUBENS DORNELLES DA ROSA,
Registrador.

Ipaporanga - Ceará

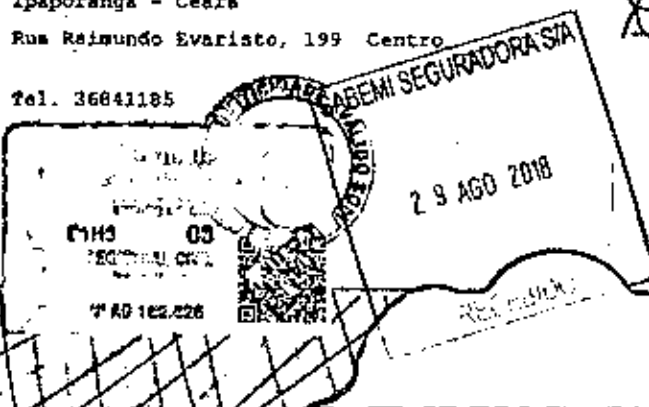
Rua Raimundo Evaristo, 199 Centro

Tel. 36841185

Ipaporanga, 05 de julho de 2018.

Damiana Rodrigues da Silva
DAMIANA RODRIGUES DA SILVA
Escrivente Autorizada(a)

CARTÓRIO GETÚLIO DORNELLES
Damiana Rodrigues da Silva
Escrivente Autorizada



ARPENBRASIL BA 001356900 BRP

RECEBIDO

SABEMI SEGURODORA S/A
29 AGO 2010
RECEBIDO

Nº da instalação

0044521740

Data de emissão

14 JUL 2017

Conta referente a

JUL 2017

Nota Fts.

Vencimento

31 JUL 2017

 BRUNA VILELA DE SOUZA
 R JOSE GOES 155
 CEP 04960-070 SAO PAULO - SP

Reservado ao fisco: 8990.2666.6A2A.7C15.A314.4966.6BD8.5148

Nº Nota Fiscal	Módulo	Baixa de cálculo	Alíquota	ICMS	Nº do cliente
003163103	B	91.57	12%	10.98	0020525037

Total a Pagar (R\$)

99,26

 CFOP: 5260 (venda de en. elétrica a não contribuinte)
 CPF/CNPJ 366.235.518-20 e INSC. EST. ISENTA

Dados da leitura do medidor

Nº do medidor	Leitura anterior	Leitura atual	Próxima leitura
41426-15	1100	12 JUN 4265	14 JUL 11 AGO

 Código de cadastro
 para Débito Automático

10014574337

Histórico de Consumo

120	183	169	114	106	119	162	226	202	366	362	314	0
07/17	07/17	05/17	04/17	03/17	02/17	01/17	12/16	11/16	10/16	09/16	08/16	07/17

Descrição de Faturamento

CD	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QTDE	TARIFA	BASE	ALIQ	ICMS	ICMS	VALOR
0036	USO SIST. DISTR. (TUSD)	KWH	CHCMIS	ICMS	ICMS	12%	3	
0001	ENERGIA (TE)	180.0	0.20700	37.26	4.48	12%	4	
0099	AD C ONAL BANDEIRA AMARELA	180.0	0.25867	46.56	5.58	12%		
				1.81	0.22	12%		
0099	PLS/PASEP (1.16%)			1.08	0.13	12%		
0099	COFINS (0.35%)			4.89	0.59	12%		
0007	COFIP LEI 13.479/02							

RESIDENCIAL-PLENA

Tarifas aplicadas (sem impostos)

0.18052 (TUSD)

0.22660 (TE)

SABEMI SEGURODORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO

RECEBIDO

RECEBIDO 21/09/2018 15:13

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/81BLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Famila Veneza Gomes inscrito (a) no CPF 030.341.643.27 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Maria da Glória dos Santos Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 985.530.833/04 do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Damiano Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 126.561.368/06, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Gomes Bastião</u>		Número <u>439</u>	Complemento —
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Loteús</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63200-000</u>
Email <u>Famila.Veneza@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) —	Telefone celular (DDD) <u>(88) 992393922</u>

Loteús 08 de Agosto de 2018
Local e Data

Famila Veneza Gomes
Assinatura do Declarante



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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Kamila Neuza Gomes inscrito (a) no CPF 030341643 27 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Thome Alves dos Santos inscrito (a) no CPF, sob o Nº 05310395369, do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Damian Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 12656136806, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

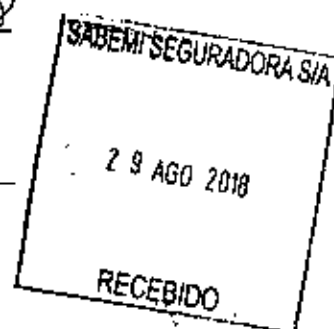
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Dr. Gomes Avelino</u>		Número <u>439</u>	Complemento —
Bairro <u>Ititerui</u>	Cidade <u>Ititerui</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>63700-000</u>
E-mail <u>Kamila-Neuza@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) —	Telefone celular (DDD) <u>(88) 992393922</u>

Ititerui 07 de Agosto de 2018
Local e Data

Kamila Neuza Gomes
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Famila Veiros Gomes inscrito (a) no CPF 030341643-27 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wanicko dos Santos Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 063477613/90 do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Wanicko dos Santos Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 126.563.368/06 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

() Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

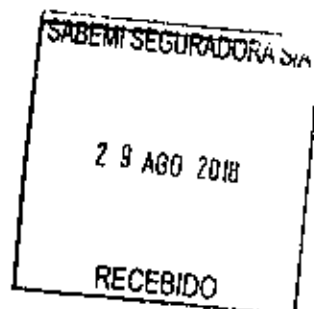
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>R. Gomes Bastião</u>		Número <u>439</u>	Complemento —
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Itatuba</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63200-000</u>
Email <u>Famila.Veiros@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) —	Telefone celular (DDD) <u>(88) 998393922</u>

Itatuba 08 de Agosto de 2018
Local e Data

Famila Veiros Gomes
Assinatura do Declarante



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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Ramila Veiros Gomes inscrito (a) no CPF 0303416243, 27 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Paula Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 07151781300, do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Ramiro Alves da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 12656136806, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

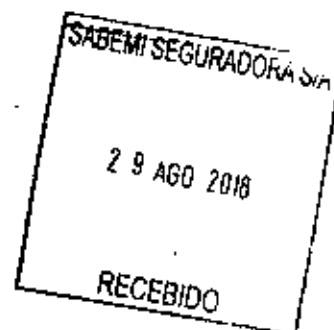
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Dr. Gomes Leulinho</u>		Número <u>439</u>	Complemento —
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Lirolândia</u>	Estado <u>CE</u>	CPF <u>63400.000</u>
Email <u>Ramila.veiros@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(82) 992393922</u>

Lirolândia 06 de Agosto de 2018
Local e Data

Ramila Veiros Gomes
Assinatura do Declarante



[illegible]

SABEMI SEGUROADORA S/A
29 AGO 2018
RECEBIDO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

66.154.742-1 1 via

DATA DE
Emissão

22/07/2015

ELIANE ALVES DOS SANTOS DE ARAÚJO

DAMIÃO ALVES DA SILVA

MARIA DE LOURDES SANTOS SILVA

LOCALIDADE

IPAPORANGA - CE

DATA DE NASCIMENTO

11/05/1990

LOCALIDADE

IPAPORANGA-CE IPAPORANGA CC:LV.B006/FLSº578/Nº02251

053103953/69


Carimbo Preto I-III
Delegado de Polícia Especialista em Defesa do Patrimônio Cultural
ASSINATURA DO DIRETOR

SABEMI SEGURADORA S/A

29 ABO 2016

RECEBIDO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SABEMI SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO



Glória Maria Santos de Araújo

CARTEIRA DE IDENTIDADE



273302

REPÚBLICA DE GUAYANA FRANCESA



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **053.103.953-69**

Nome: **ELIANE ALVES DOS SANTOS DE ARAUJO**

Data de Nascimento: **11/05/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **16/04/2009**

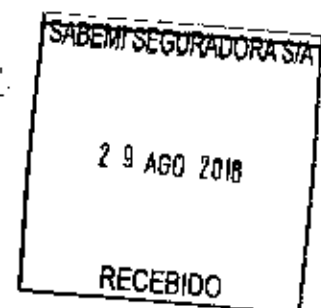
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:01:59** do dia **24/08/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **C662.38FB.8DDC.6487**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





FECHA DE CLASIFICACIÓN: 2010/08/29
FECHA DE CLASIFICACIÓN: 2010/08/29





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **061.477.613-90**

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES DA SILVA DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **29/03/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/01/2011**

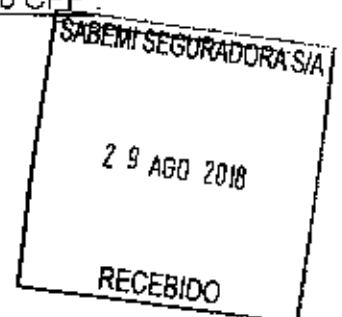
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:19:05** do dia **14/08/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4C10.594E.9D62.6942**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



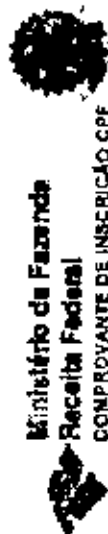


Dr. Carlos Alberto de la Cruz
Médico



CÓDIGO DE CONTROLE
EB39.3307.594C.5148

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
Em 15/07/44 do dia 09/03/2017 (hora e data da Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
071.517.813-00

Nome
ANA PAULA ALVES DA SILVA DOS SANTOS

Nascimento
15/11/1994

PROCURADOR EMINADO DO PAI

8100-0

PROFESSOR ELEGIÍVEL



Ana Paula Alves dos Santos

CARD DE IDENTIDADE

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

55.064.531-7

22/DEZ/2010

ANA PAULA ALVES DA SILVA DOS SANTOS

DAMIAO ALVES DA SILVA

E. MARIA DE LURDES ALVES DA SILVA DOS SANTOS

IPAPORANGA - CE

15/NOV/1994

NOVA RUSSAS-CE

IPAPORANGA

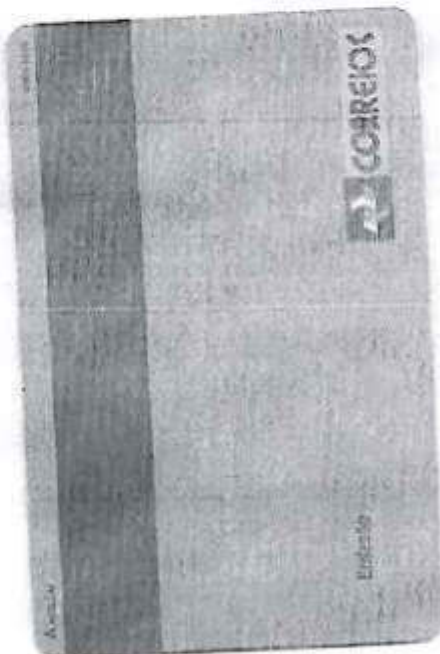
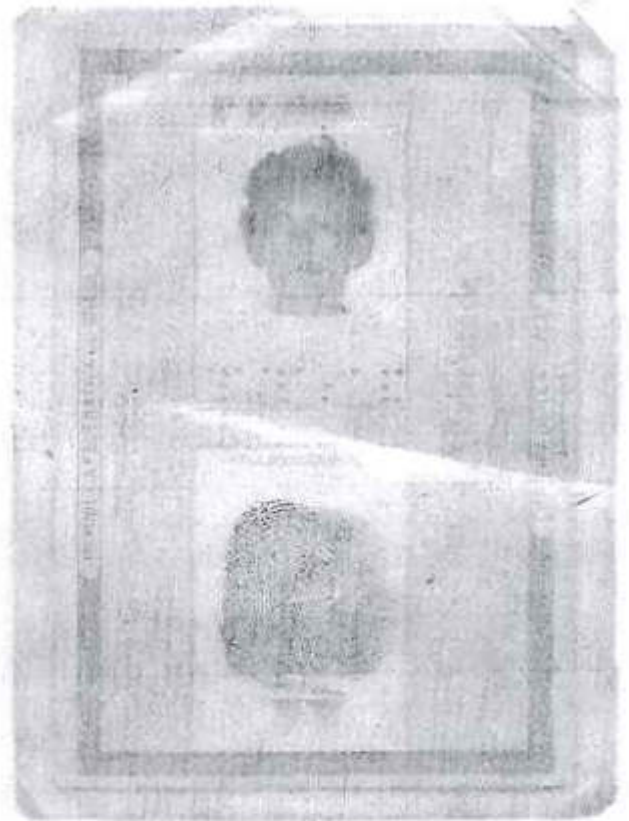
CN: LV. A10 / FLS. 183 / N. 010683

SABEMI SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO

3:80/40317+



SABEMI SEGURADORA S/A

17 OUT 2018

RECEBIDO

2008092075924 14/5/2009
 FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES DA SILVA
 LMA DOS SANTOS
 DAMIÃO ALVES DA SILVA E MARIA E
 E LUIZES ALVES DA SILVA DOS SANTOS
 29/3/1993
 10682 L A 10 F
 183 IPANORANGA CEARA

Francisco das Chagas A. dos Santos





SABEMI SEGURADORA S/A
 17 OUT 2018
 RECEBIDO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

061.477.613-90

Nome

FRANCISCO DAS CHAGAS ALVES DA SILVA
DOS SANTOS

Nascimento

29/03/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Dorivaldo Alves da Silva

CPF da Vítima

126.561.368-06

Data do Acidente

29/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo

Rio de Janeiro, 27 de agosto de 2018

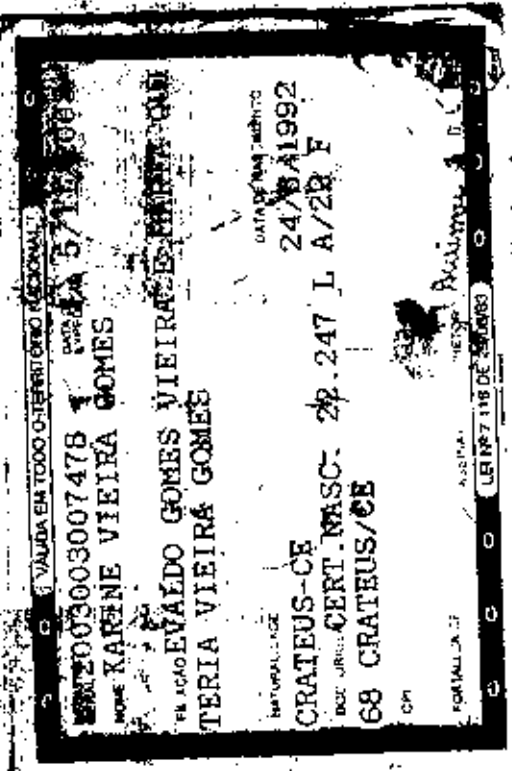
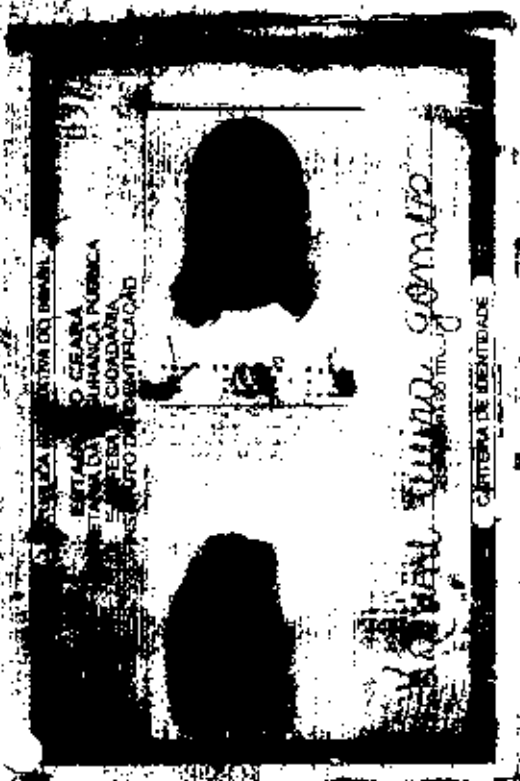
Local e Data

Elaine Alves do Santos Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
 030.341.693.96

Nome
 KARINE VIEIRA GOMES

Nascimento
 24/08/1992

VALOR SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Até 15 de 06 de 2011
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 (Pouso e data de Brasília)
 d'água verificador: 00

Comprovante emitido pelo
 www.receita.fazenda.gov.br

COLEÇÃO DE CONTROLE
 309E.105C.0124.A07A

RECEBIDO
 29 AGO 2018
 SABEM SEGURADORA S/A


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ


SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PENITENCIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

CARTELA DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOAS BOMBEIRAS



Polegar Direito



Raimundo/050ht 05VMa

CARTELA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIAÇÃO EXTERNO O TERMO NACIONAL

RG 200448914 - 0

DATA DE EMISSÃO 07/04/2013

NOME RAIMUNDO SANTOS DE OLIVEIRA

RELACÃO PUGERIO MOIA DE OLIVEIRA

DATA SANTOS DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE CRATEOS - CE

DATA DE NASCIMENTO 17/09/1968

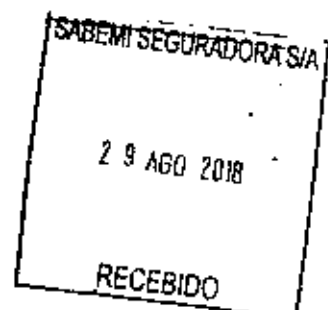
CERT. NASCIMENTO - CARTORIO: ARACATUBA TERMO: 1079 FOLHA: 176

LIVRO: 472 ITAPIPOCA - CE

RG: 200448914 - 0

RG: ANT: 315517996

P: 36



RESUMO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO – NATUREZA MORTE

Seguradora: Sabemie

Sinistro: _____

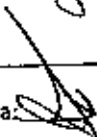
Vítima: Damiano Alves da Silva

Pagamento(s) a efetuar:	
Beneficiário(s)	Valor do Pagamento
Maxine Del. dos Santos Silva	R\$ 6.750,00
Elaine L. dos Santos Araújo	R\$ 843,75
Francisco das F. L. dos Santos	R\$ 843,75
Ana Paula Alves dos S. dos Santos	R\$ 843,75

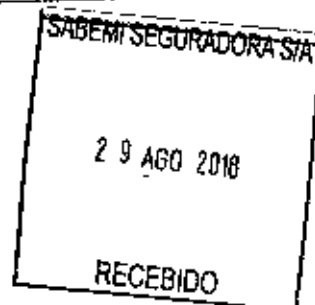
Total: R\$ 9.281,25

Observações:

Os outros cinco beneficiários não irão requerer suas partes do benefício agora.

Assinatura do Seguradora ou Reguladora: 

*Anexar este documento em Outros



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DE LOURDES DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180403177**
Vitima: **DAMIAO ALVES DA SILVA**
Data do Acidente: **29/06/2018**
Cobertura: **MORTE**
Procurador: **KAMILA VIEIRA GOMES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180403177**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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 13318240

