

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



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

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

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

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.

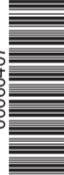
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

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



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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

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.

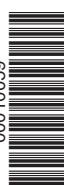
Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

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 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a 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 reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. 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.

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





BAJEMI SEGUROADORA S/A

3º
Ofício

29 AGO 2018

JUNIOR PIMENTEL FERREIRA

RECEBIDO

CARTÓRIO CAVALCANTE

CNPJ/MF 02.787.864/0001-20

Crateús - CE - 3º OFÍCIO - Serviços 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(s) 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 P.v. 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 nº 2004009022108-SSP-CE., e CPF nº 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 apresente, 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

SILVANTIA BARRETO CAVALCANTE

Notitia

ЗАМЕЧАНИЯ

ESTADO FEDERATIVO DA PARANÁ
PDI

SABEM SEGURODORA S/A

TRIBUNAL DE JUSTIÇA - TJ-CE
ENCLOSAMENTOS 29,76
TSS 0,06
FERMOJU 3,68
SECO 3,73
FRIMP 1,44
2,75
0,09
TOTAL 44,24
SL 0,00



Saldos

REDE BRADESCO - CONSULTA DE SALDOS
MARIA DE LOURDE DOS SANTOS SILVA 10:20 HRS
AGENCIA 0997-0 CONTA 0003744-3 12/JUL/2018

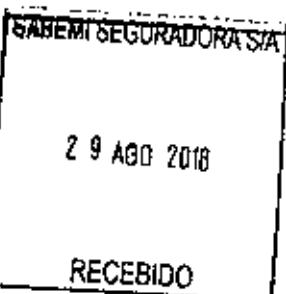
DISPONIVEL

- TOTAL DISPONIVEL	104,89-
+ CONTA FACIL (C/C + POU)	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

Eliane Alves da Silveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Eliane Alves dos Santos de Souza 05310395369	119	Agricultora
Endereço	Número	Complemento
meiozir paulista	119	
Bairro	Estado	Telefone (DDD)
Centro	SP	(18) 999393922
Email		
E-mail - nome@hotmaill.com		

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"/> 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. 1507 DV 3 CONTA NRO. 39990 DV 7
(Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Name	NRO.	
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.	DV
Inserir dígito se existir		Inserir 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.

SABEMI SEGURADORA S/A

Rua da Penha 07 de agosto de 2018

Local e Data

29 AGO 2018

Eliane Alves Santos de Souza

RECEBIDO



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

Nome completo da vítima

12656136806

Damásio abus de futebol

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Homero dos chagas abus de futebol	06147761390	Apudante
Endereço	Número	Complemento
Rua Jose Gomes	138	
Bairro	Estado	CEP
Centro	SP	04960070
Email	Telefone (DDD)	
homero.menezes0@hotmail.com	(11) 992393922	

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. DV CONTA NRO. DV
3280 1 43991 1
(Informar dígito se existir) (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 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.

São Paulo, 07 de Agosto de 2012

Local e Data

SABEMI SEGURADORA S.A.

29 AGO 2010

Fco. dos chagas A. da dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBIDO



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 <https://www.seguradoraslider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206
ou ligue 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**, com suas assinaturas, 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/embolso.

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 ou ASI:

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

12656136806

Damas... ares da silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Ana Paula... ares da silva des 107.151.7813.00 Profissão: Agricultor
Número: 31 Complemento:
Macaes do Barre Estado: RJ CEP: 69215-000
Zona Rural - Spaperanga Telefone (DDU):
família - revere O motmail. Cem

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO/INFORMASI R\$ 0,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 R\$ ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

CONTA

0747 53301 101
Informativo: digito se existir

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO

Informar digito se existir
Informar digito 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.

SABEM SE SEGURADORA S/A

Lidués 07 de Agosto de 2017
Loral e Data

29 AGO 2018

RECEBIDO

Ana Paula... ares 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/Iaporanga. A vítima conduzia a motoneta Dreas 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.

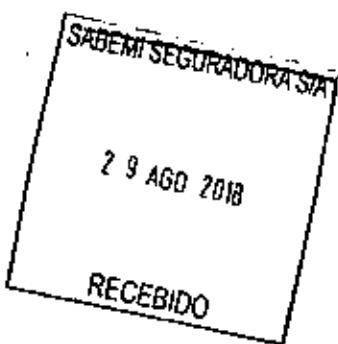
A vítima teve morte imediata e o condutor do caminhão que, segundo populares não teve nenhuma culpa, apresentou-se na Delegacia de Polícia Civil. Observação: "Tim", era preso da Justiça do regime- semiaberto da cadeia de Ipaporanga onde respondia por homicídio.

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 Eriyande Alves da Silva - 2º Tch. 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, Escrivā(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 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, Escrivā(o) que o digitel.

DELEGADO(A) : René Gomes Mesquita

DECLARANTE : J. P. Alves da Silva

ESCRIVĀ(O) : Fábio Soares Oliveira

Escrivão de Polícia Civil
MAT 301205-2-3

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

SABEM-SE SEGURADORA S/A
Impresso em 07/10/2018 11:59:06

17 OUT 2018

RECEBIDO

35.045.475/0001-89
CARTÓRIO DE 1º E 2º OFÍCIO
DE NOTAS E REGISTROS
RUA RAIMUNDO EVARISTO, 199 - CENTRO
CEP: 67215-000
IPAPORANGA - CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

JOSÉ RIBAMAR DE ARAÚJO

CPF'S:

003.481.853-75

ELIANE ALVES DOS SANTOS

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 ARAÚJO e ALDENORA MATIÁS DE ARAÚJO; 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
dezenove de fevereiro de dois mil e nove

DIA 19 MÊS 02 ANO 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

AVERAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESER
Nada consta.

GABINETE SECURADORA SIA

29 AGO 2018

RECEBIDO

ANOTAÇÕES DE CADASTRO		DOCUMENTO	NÚMERO	EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	VALIDADE
C1	RG					
01	PIS/NIS					
N1	PASSAPORTE					
11	CART. NAC. SAÚDE					
C2	RG					
02	PIS/NIS					
N2	PASSAPORTE					
21	CART. NAC. SAÚDE					
DOCUMENTO		NÚMERO	ZONA/SECÃO	MUNICÍPIO	UF	CEP
C1	TÍTULO ELEITORAL					SANGUE
C2	TÍTULO ELEITORAL					LX

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Cartório de Notas e Registros - Comarca de Ipaporanga/CE
RUBENS DORNELLES DA ROSA, Iporanga, 12 de abril de 2018.
Registrador.

Ipaporanga - Ceará
Rua Raimundo Evaristo, 199 Centro

Tel. 36841185



Damiana Rodrigues da Silva

DAMIANA RODRIGUES DA SILVA
Escrevente Autorizado(a)

CARTÓRIO GETÚLIO DORNELLES
Damiana Rodrigues da Silva
Escrevente Autorizada

OPENBRASIL BA 001356766 BRP

35.045.475/0001-89

CARTÓRIO DE 1º E 2º OFÍCIO
DE NOTAS E REGISTROS
RUA RAIMUNDO EVARISTO, N° 199 - CENTRO
CEP: 62215-000
IPAPORANGA - CE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
DAMIÃO ALVES DA SILVA

CPF:
126.561.368-06

CARTÓRIO DE 1º E 2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS	
RUA RAIMUNDO EVARISTO, N° 199 - CENTRO	
CEP: 62215-000	
IPAPORANGA - CE	
Autentificado para os efeitos e presentes cópia autografada do deu nento que me foi apresentado pela parte interessada.	
Deu Se Ipaporanga-CE 05 JUL 2018	
Em testemunha	
RUBENS DORNELLES DA ROSA OFICIAL Antônio Monteiro de Souza Mendes 2º Substituto Damião Alves da Silva	
VALIDO PARA CONSULTA NO SISTEMA CIVIS	

MATRÍCULA:

019661 02 55 2018 4 00006 196 0001767 06

SEXO: Masculino COR: Parda ESTADO CIVIL E IDADE: casado, 53 anos

NATURALIDADE: NOVA RUSSAS - CE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:
CI RG N° 2016018498-8;

ELEITOR

RESIDÊNCIA E FRUAÇÃO:

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:
Ex Cratéus/Iaporanga, IPAPORANGA - CE

CAUSA DA Morte:

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

SEPMUTAMENTO, CREMAÇÃO (MUNIC. E CEMIT. SE CONHECIDOS):
Cemitério São Gonçalo, Iaporanga, Estado do Ceará

DECLARANTE:
JOÃO PAULO ALVES DA SILVA

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO:

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

AVERAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCE

Filhos: João Paulo, 18 anos, Maria Karina, 16 anos, Franciso 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	-0--	-0-	-0-	-0--
PASSAPORTE	0-	-0--	-0-	-0--
CART. NAC. SAÚDE	-0-	-0-	-0-	-0--
DOCUMENTO:	NÚMERO	ZONA/SECÇÃO	MUNICÍPIO	UF: CEP: SANGUE:
TÍTULO ELEITORAL	-0-	-0-	-0-	-0- X -

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

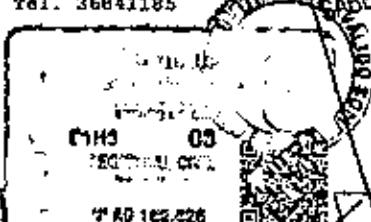
Cartório de Notas e Registros - Comarca de Iaporanga/CE

RUBENS DORNELLES DA ROSA,
Registrador.

Iaporanga - Ceará

Rua Raimundo Evaristo, 199 Centro

tel. 36641185



DAMIANA RODRIGUES DA SILVA
Escrivente Autorizado(a)

CARTÓRIO GETÚLIO DORNELLES
Damiana Rodrigues da Silva
Escrivente Autorizada

BA 001356900 BRP

ARPEBRAZIL



Conta de Energia Elétrica

Nº da instalação **0044521740** Data de emissão **14 JUL 2017** Conta referente a **JUL 2017** Nota Fis. **Vencimento**
31 JUL 2017

BRUNA VILELA DE SOUZA
 R. JOSE GOES 155
 CEP: 04660-070 SAO PAULO - SP

Reservado ao fisco: **8990.2866.6A2A.7C15.A314.4966.6BD8.6148**
 Nº Nota Fiscal: **000163100** Série: **B** Base de cálculo: **91.57** Aliquota: **12%** ICMS: **10.98** Nº do cliente: **0020525007**
 CFDI: **5261** (Venda de energia elétrica a não contribuinte)
 CPF/CNPJ: **386.235.518-20** INSC EST: **ISENTO**

Total a Pagar (R\$)

99,26

Identificador	Lectura anterior	Lectura atual	Próxima leitura	Código de cadastro para Débito Automático
4142645	4100	4260	14 JUL	11 AGO 10014574337

Histórico de Consumo

07/17	08/17	09/17	10/17	11/17	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17	06/17	07/17	08/16	09/16	10/16	11/16	12/16	01/17	02/17	03/17	04/17	05/17	06/17	07/17
160	183	169	114	106	119	162	226	202	366	362	314	0												

Descrição de Faturamento

CCN	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	OTDE	TARIFA	BASE	ICMS	ICMS	ICMS	ALIQ	VAT
3200	USO SIST. DISTR. (TUSD)	KWH	0,20700	37,28	4,48	12%	3		
3201	ENERGIA (TE)	KWH	0,25867	46,58	5,58	12%	4		
3203	AD C DINAL BANDEIRA AMARELA			1,81	0,22	12%			
0232	PIS/PASEP (1,16%)			1,08	0,13	12%			
0209	COFINS (0,35%)			4,99	0,59	12%			
0207	COSIP LEI 13.479/02								

RESIDENCIAL-PLENA

Tarifas aplicadas (sem impostos):

0,18052 (TUSD) 0,22860 (TE)

SABEMISSEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO

2º Via



Cagece

Governo do
ESTADO do CEARÁ
Poder do Povo

Nº de Inscrição:

0027578968

DADOS DO CLIENTE

Nome: JANUARIA SOARES DE ARAUJO

End. Letra: RUA DOR GOMES COUTINHO, 439-SAO VICENTE

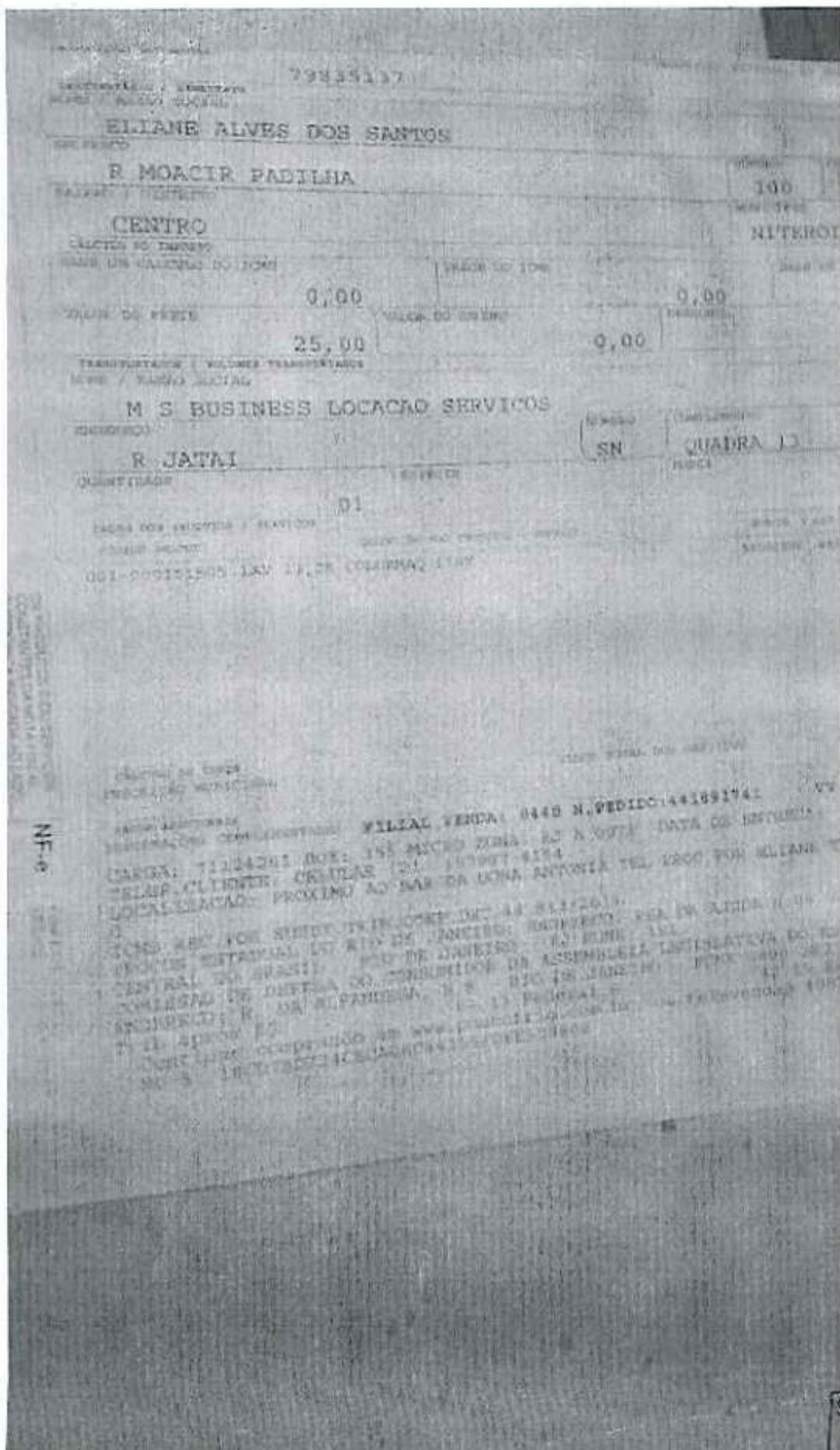
Cidade: CRATEU

CEP: 63.700-000

End. Entrega:

Cidade:

Lograd:



SABEMI SEGURADORA S/A

17 OUT 2018

RECEBIDO 01/09/2018 15:13

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 fazxa 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 Flamila Vieira Gomes inscrito (a) no CPF 030 341 643-27 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Flamila Vieira Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 985.530.833/04 do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Flamila Vieira Gomes 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 à 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		Número	Complemento
Bairro	<u>Flamila Vieira Gomes</u>	<u>439</u>	<u>—</u>
Email	<u>flamila.vieira@hotmail.com</u>	Estado	CEP
		<u>PR</u>	<u>63300-000</u>
		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(61) 992393922</u>

Flamila Vieira Gomes de 08 de Agosto de 2018
Local e Data

Flamila Vieira Gomes
Assinatura do Declarante

SABEMOS SEGURO
29 AGO 2018
RECEBIDO



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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Komila Reeva Jomes inscrito (a) no CPF 030341643 / 077 / 000 inscrito na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário Elaine Alves dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 05310395369, do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Damico Alves da Silveira 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

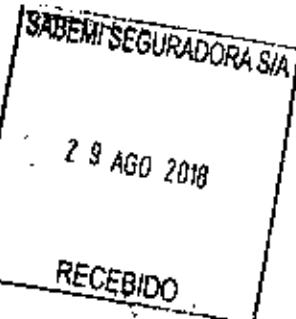
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Dr. Sáumes Neulânio</u>		<u>439</u>	<u>—</u>
BAIRRO	Cidade	Estado	CEP
<u>mitaré</u>	<u>Itatiba</u>	<u>SP</u>	<u>63700-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Komila_reeva@hotmail.com</u>	<u>—</u>	<u>(32)992393922</u>	

Itatiba, 07 de Agosto de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Komila Reeva Jomes



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 fazenda 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 Fernanda Viana Gomes inscrito (a) no CPF 030 341 643-27, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fernando dos chaves alves da silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 061 477 613/90, do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Fernando alves da silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 526.563.368/06, conforme a 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 Lider-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		Número	439
Bairro		Estado	—
Cidade		CEP	63200-000
Email		Telefone comercial (DDD)	—
Fernanda.viana0@hotmail.com		Telefone celular (DDD)	(63) 9912393922

Fernanda 08 de Agosto de 2018
Local e Data

Fernanda Viana Gomes
Assinatura do Declarante

SABEMI SEGURADORA S/A
29 AGO 2018
RECEBIDO

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 Kamila Reeses Gomes Inscrito (a) no CPF 030341643, 27 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ana Paula Alves do Leite Inscrito (a) no CPF sob o Nº 07151781300, do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Anna Paula Alves do Leite, 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

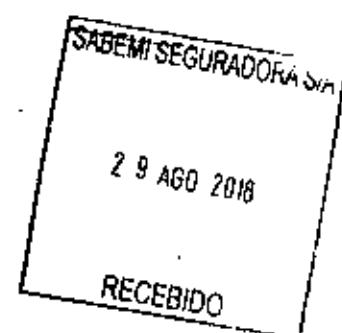
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

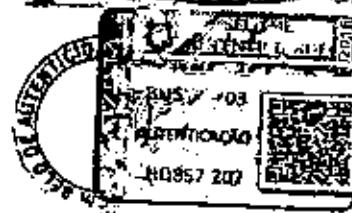
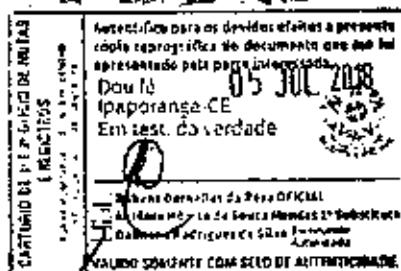
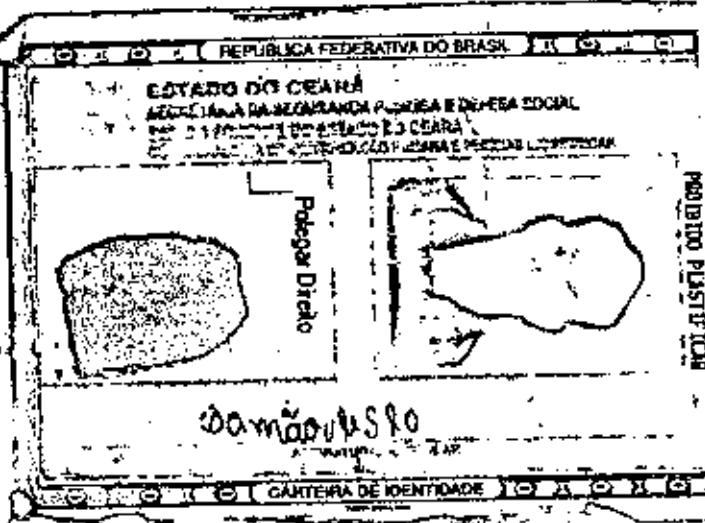
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Dr. Gomes Lourenço	Número	439	Complemento	—
Bairro	Centro	Cidade	Florianópolis	Estado	SC
Email	Kamila_reeses1@hotmail.com	Telefone comercial(DDD)	48	Telefone celular (DDD)	63200-000

Florianópolis 06 de Agosto de 2012
Local e Data

Kamila Reeses Gomes
Assinatura do Declarante

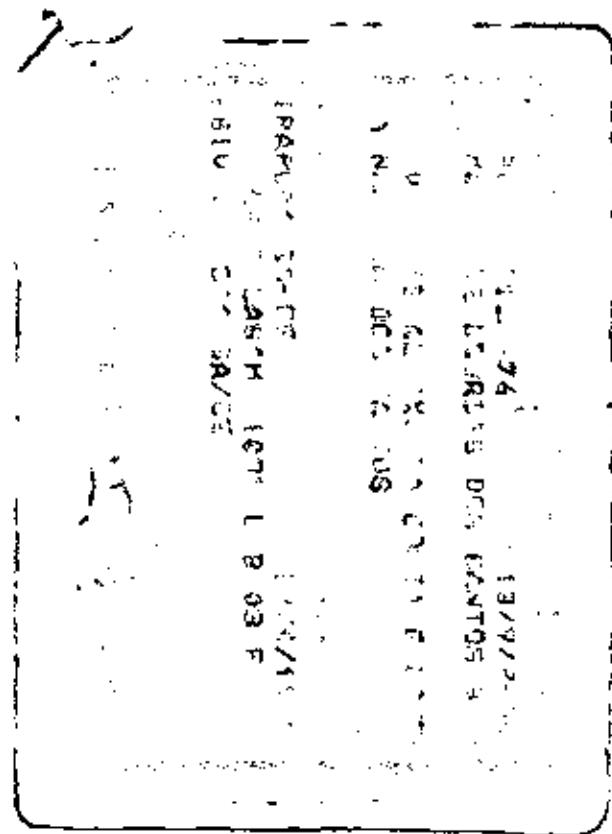
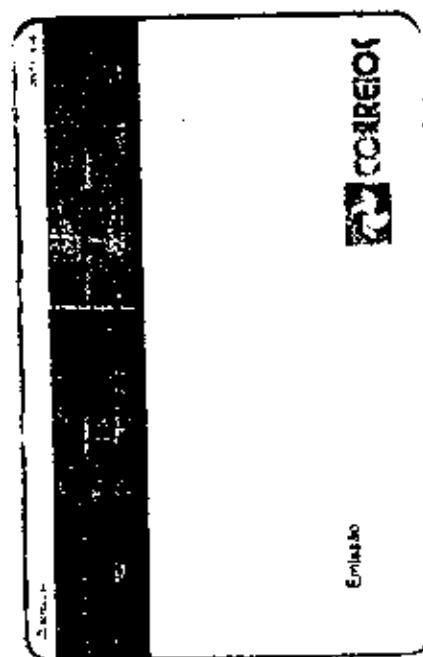
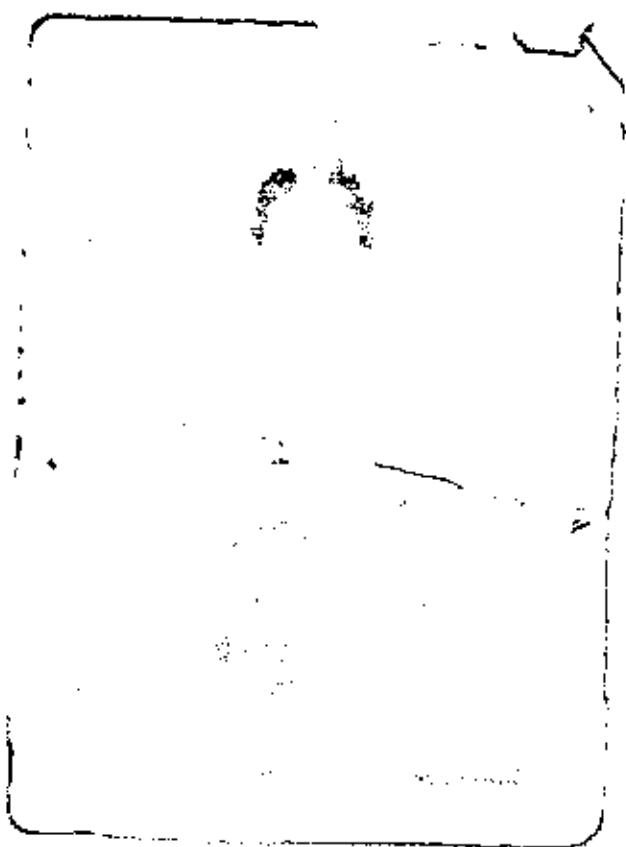
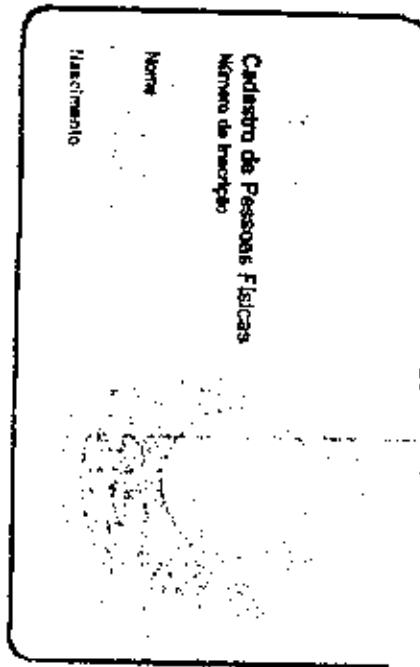


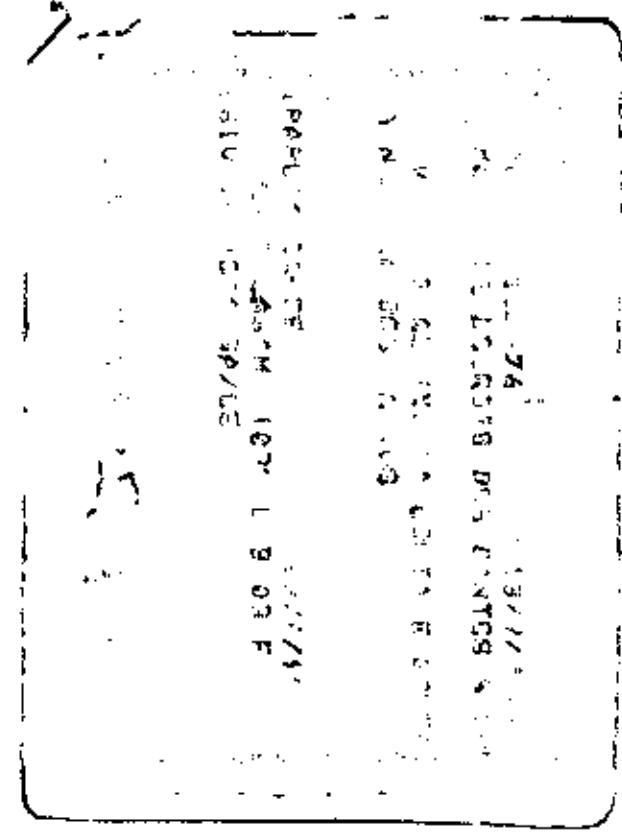
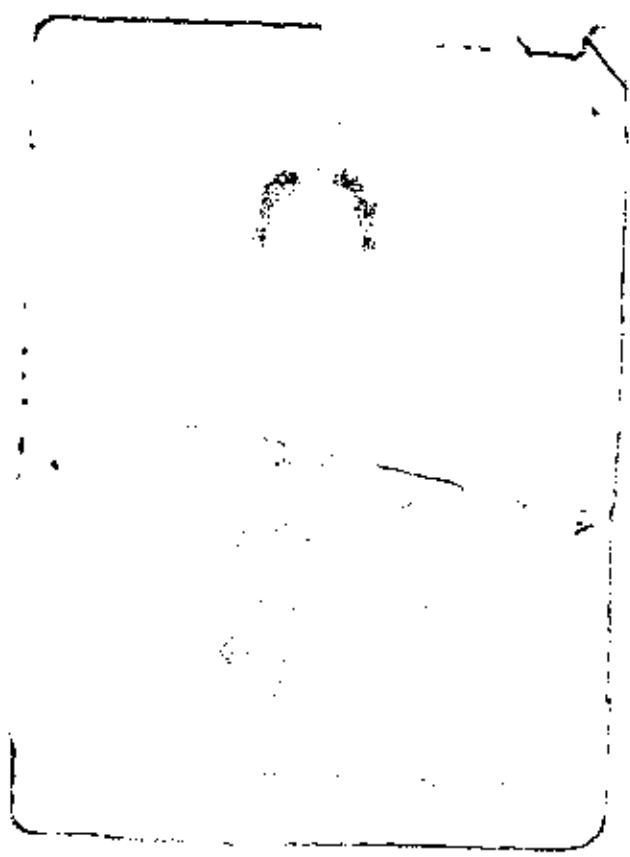
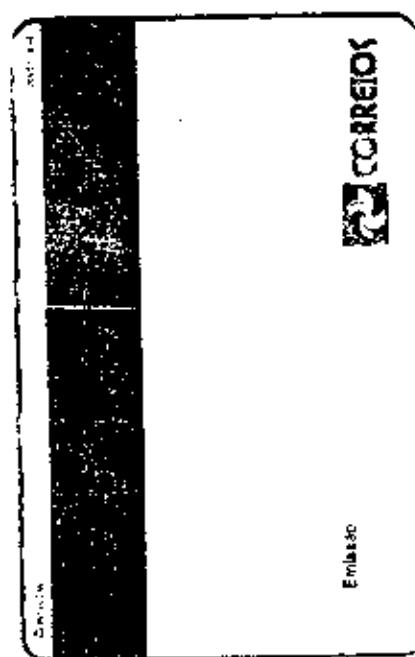
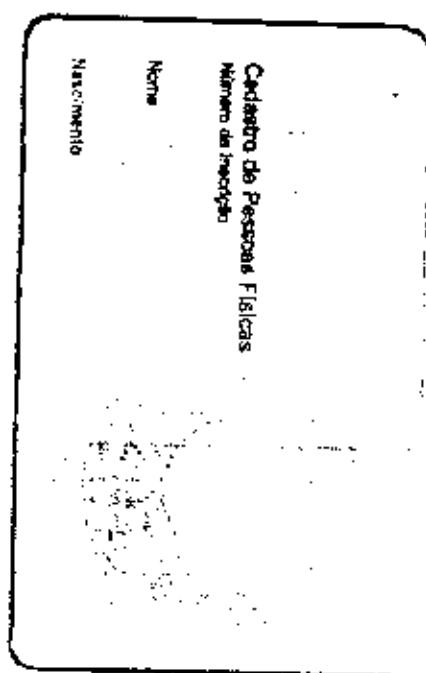


SANTAM SEGURADORA S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

85-184,742-1 via

卷之三

22/07/2015

ELIANE ALVES DOS SANTOS DE ARAÚJO

DAMIÃO ALVES DA SILVA
MARIA DE LOURDES SANTOS SILVA

卷之三

IVAPORANGA - CE

卷之三

IPAPORANGA-CE IPAPORANGA CC:LV.B006/PLS0578/N002251

卷之三

11/05/1990

PRAGEMI SEGURADORA S/A

29/01/2016

057103953/69

Características
DIRETOR DE VÍDEO
ASSASSINATOS DO DIRETOR
REF N° 7.116 DE 29/06/83

1 DE JULIO DE 2008

REFLECTION

SABEMI SEGURADORA S/A

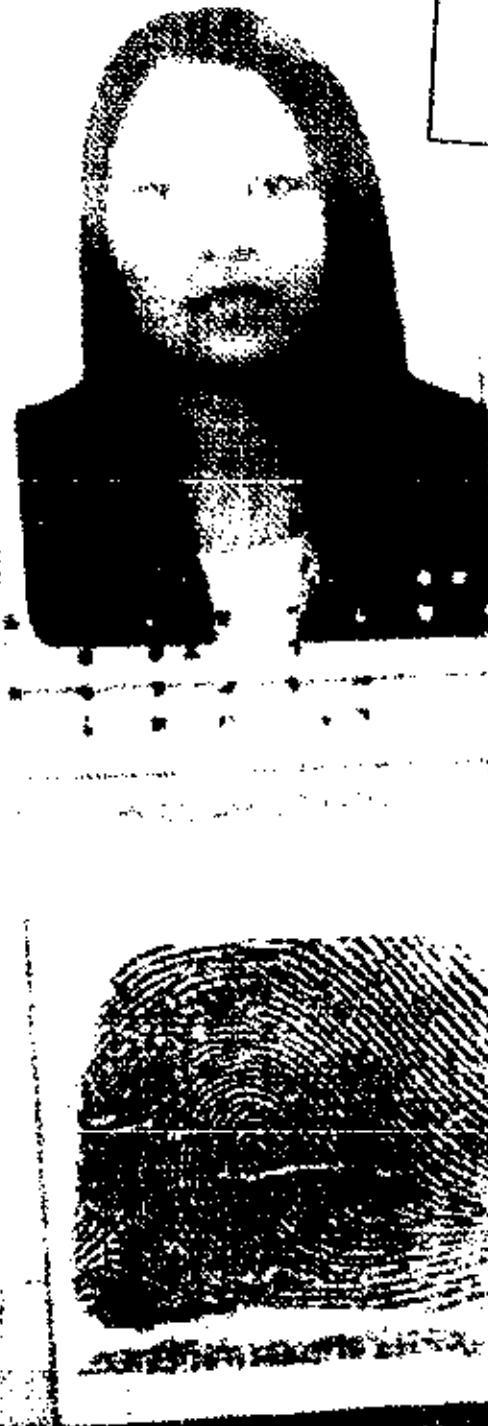
29 AGO 2018

RECEBIDO

Gilson Alves Santos de Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2018





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**

Dígito 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.)





SABER! SEGURO D'ORA STA
29 AGO 2010
RECEBIDO



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**

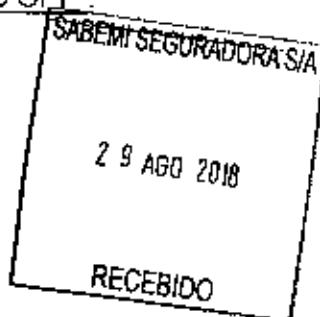
Dígito Verificador: **00**

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.)





CRÔNICO DE CONTROLE
EBBDAJ07.884.C.B148

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
As 10:07:44 do dia 06/08/2017 (Hora e data de Brasília)

Digitado e verificado: 00

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Número
071.617.813-00

Nome
ANA PAULA ALVES DA SILVA DOS SANTOS

Nascimento
15/11/1994

PROFILO FOTOGRÁFICO



Comprovante de inscrição no CPF
8100-0
55.064.531-7 22/DE2/2010
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

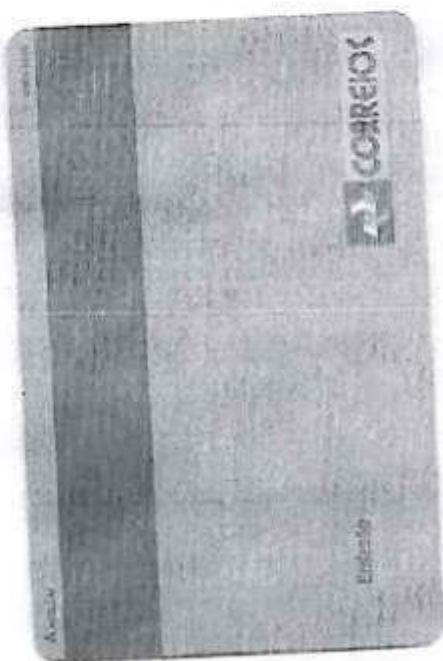
NOVA RUSSAS -CE
IPAPORANGA
CN:LV.A10 /FLS.183 /N.010683

RECEBIDO

SABEM SEGUROADORA

29 AGO 2018

3180140347





LIA DOS SANTOS
DAMIAO ALVES DA SILVA E MARIA L
DAMIAO ALVES DA SILVA E MARIA L
E LURDES ALVES DA SILVA E MARIA L

1977/1988
MAYOR OF THE CITY OF
SANTA CLARA, CALIFORNIA

卷之三

SABEMOS SEGURODORASIA

17 OUT 2018

RECEBIDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Brasão 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

VALIDO APENAS COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 interditada 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

Damião Silveira da Silva

CPF da Vítima

106.561.368-06

Data do Acidente

29/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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 Lider 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.

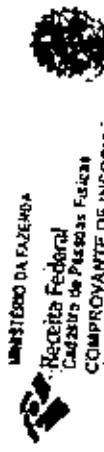
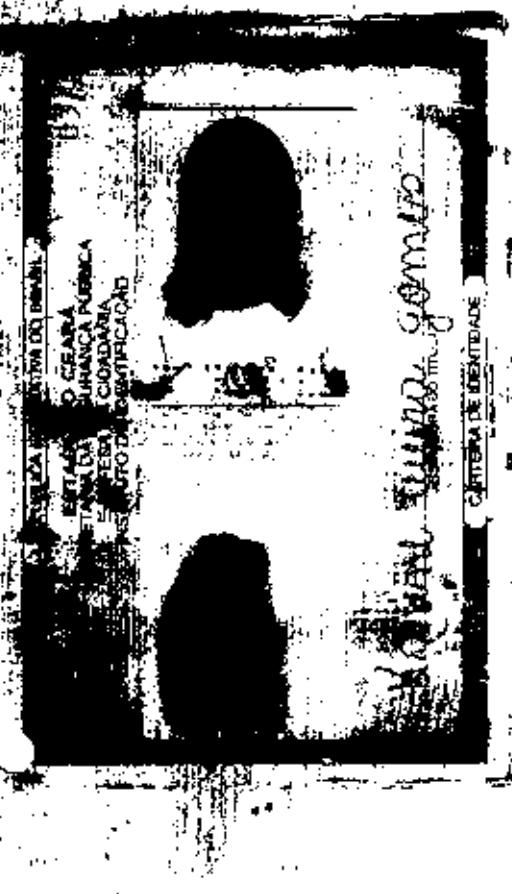
 Rio de Janeiro, 07 de agosto de 2018
 Local e Data

Damião Silveira da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SABEMI SEGURADORA S/A
29 AGO 2018
RECEBIDO



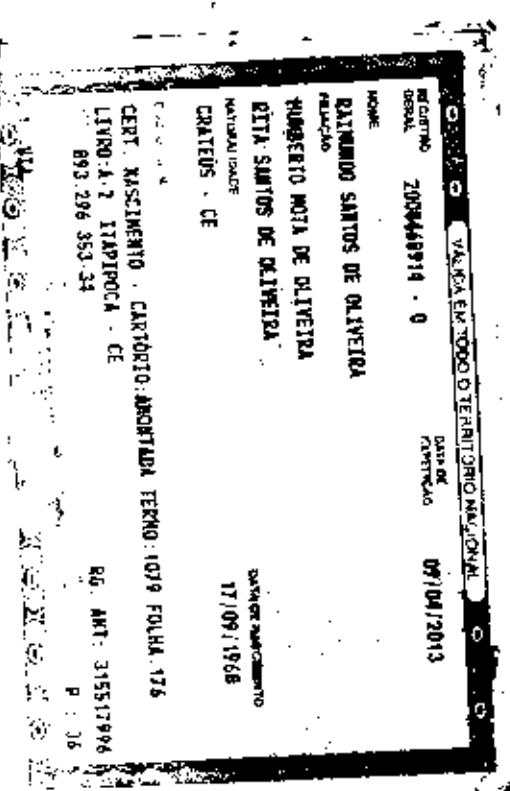
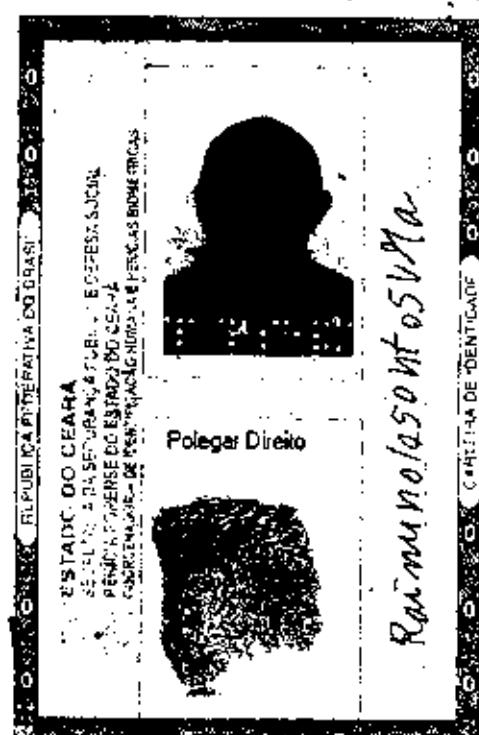
2003003007478	KAREN VIEIRA GOMES	247 L A/28 F
2003003007478	EVANDO GOMES VIEIRAS	247 L A/28 F
2003003007478	TERIA VIEIRA GOMES	247 L A/28 F
68	CRATEUS/CE	247 L A/28 F

**A autenticidade desse comprovante deve ser
verificada no Internet, no endereço
www.tcc.dcc.jus.br/fazenda.gov.br**

SABEMI SEGURADORA S/A
29 AGO 2018
RECEBIDO

29 AGO 2018

RECEBIDO



SABEMI SEGURADORAS S/A

29 AGO 2018

RECEBIDO

RESUMO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINISTRO – NATUREZA MORTE

Seguradora: Salverrie Sinistro: _____

Vitima: Damiao Lopes da Silva.

Beneficiário(s)	Valor do Pagamento
Maria del das Santas Silva	R\$ 6.750,00
Eliane L das Santas Cravie	R\$ 843,75
Francisco das S. L. das Santas	R\$ 843,75
Luna Paula libres das Santas	R\$ 843,75

Total: 24,998.25

Observações: Os entes beneficiários não irão requerer suas partes do benefício agora.

Assinatura da Seguradora ou Reguladora:

Anexar este documento em Outros

SABEMI/SEGURADORA STA
29 AGO 2018
RECEBIDO

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