

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: PABLO THIAGO MATIAS DE SOUZA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 00664

CONTA: 000000016835-8

Autenticação:

3830E2D2404E88F9A65E8037CA1A55CCAFBD3D444DEF72462792E9A20B98DCA2

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

08/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GLAUCIO DA SILVA SOUZA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00427-8

CONTA: 000000044320-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0805201905000000000023700427000000044320675000 PAGO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEFFE MATIAS DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03320

CONTA: 000000002797-9

Nr. da Autenticação 1438D426F74F008F

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e grau das lesões.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascor)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **359.903.922-49** Nome completo da vítima: **Elisangela da Silva Matias**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Cláudio da Silva Souza** CPF: **509.093.292-91**

Profissão: **juiz - me** Endereço: **Rua Beneditino Constante** Número: **600** Complemento: _____

Bairro: **Centro** Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC** CEP: **69.900-000**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(68) 99967-1682**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) **(68) 99818-4531**

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **17/10/2019**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **2** Falecidos: **0** Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Rio Branco, AC 11/03/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cláudio da Silva Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **Josimar Almeida de Souza**

CPF: **058710692-15**

Josimar Almeida de Souza

Assinatura

2ª | Nome: **Fernanda das Chagas Lima**

CPF: **870576622-20**

Fernanda das Chagas Lima do Nascimento

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **359.903.922-49** Nome completo da vítima: **Elisangela da Silva Matias**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: **Cláudio da Silva Souza** CPF: **509.093.292-91**

Profissão: **juiz - me** Endereço: **Rua Beneditino Constante** Número: **600** Complemento: _____

Bairro: **Centro** Cidade: **Rio Branco** Estado: **AC** CEP: **69.900-062**

E-mail: _____ Tel (DDD): **(68) 99967-1682**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) **(68) 99818-4531**

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0427** **8** CONTA: **0044320** **4**

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **17/10/2019**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **2** Falecidos: **0** Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Rio Branco, AC 11/03/19**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Cláudio da Silva Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: **Josimar Almeida de Souza**

CPF: **058710692-15**

Josimar Almeida de Souza

Assinatura

2ª | Nome: **Fernanda das Chagas Lima**

CPF: **870576622-20**

Fernanda das Chagas Lima do Nascimento

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Entido pelo Banco Bradesco SA, em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente

AGÊNCIA

CONTA

04278 0044320 4

AUTOMÁTICO 50.26.1100

Fundo Fácil Bradesco 4002 0022 / 0800 570 0022
Acesso ao Exterior +55 31 4002 0022
SAC 0800 704 8585 (Declarar) / 0800 727 9988 (Crédito)
Deficiência Auditiva ou de Fala 0800 727 0099
Ouvidoria 0800 727 9951
Banco Bradesco

NO EXTERIOR

Banco24Horas

ATM
pulse

Diners Club
INTERNATIONAL

DISCOVER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e grau das lesões.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val nascor)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: DO NASCIMENTO Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco AC 15/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 319025 3570 3 - CPF da vítima: 359.903.922-49 4 - Nome completo da vítima: Elizângela de Silva Matias

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Aleff Matias de Souza 6 - CPF: 918.354.402-94
7 - Profissão: Cabeleleiro 8 - Endereço: R. Keneziula 9 - Número: 243 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Helena 12 - Cidade: Rio Branco 13 - Estado: AC 14 - CEP: 69.905-112
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 6899612-8689

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3320 03 CONTA: 2797 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 14/01/2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

marcação digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: +Elizângela S. Ferreira CPF: 918.022.022-34

+Elizângela S. Ferreira Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: +José da Silva Pereira CPF: 3041.234.792-00

+José da Silva Pereira Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Branco - AC 16/09/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE COMBATE A ROUBOS E EXTORSÕES - RIO BRANCO - AC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 002174/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2019 14:04 Data/Hora Fim: 21/01/2019 14:05
Delegado de Polícia: Odilon Vinhadelli Neto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Combate a Roubos e Extorsões
Data/Hora do Fato: 17/01/2019 11:30

Local do Fato

Município: Rio Branco (AC)
Logradouro: Rio de Janeiro



Bairro: Dorn Gioconda

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

1501: Conflitos Diversos - Outros

PROTÓCOLO

Meio(s) Empregado(s)

Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: GLAUCIO DA SILVA SOUZA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AC - Rio Branco Sexo: Masculino Nasc: 28/05/1977
Profissão: Auxiliar de Prótese Dentária
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Maria Helena Torres Nome do Pai: Josimar Almeida de Souza

Endereço

Município: Rio Branco - AC

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante afirma que estava no endereço acima citado pilotando a sua motocicleta placa QLW-0618, momento em que uma senhora que falava ao celular saiu da trav. São Paulo pilotando um Vectra placa MZS-7122 e atingiu a frente de sua motocicleta; QUE a esposa do comunicante morreu no local; QUE o comunicante quebrou três dedos do pé direito; QUE a autora não prestou socorro. Diante dos fatos requer providências.

ASSINATURAS

Igor Camilo Cavalcante
Responsável pelo Atendimento

Gláucio da Silva Souza
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Falsa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Condição do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Odilon Vinhadelli Neto
Impresso por: Igor Camilo Cavalcante
Data de Impressão: 21/01/2019 14:05
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Cristiano Ferreira de Bastos
Delegado de Polícia Civil

8020291279665

1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE RIO BRANCO - ACRE
 Fabiano Mendes dos Santos - Tabelião Oficial de Registro Civil
 Av. Ceará, nº 2512, Sala 04, Bairro Dom Giovanni - CEP: 69.900-130 - Rio Branco - Acre - Fone: (68) 3224-0117

Selo Digital nº AC925716-60 - Cod. Val. 091F-8112-D22C-22EE
 Consulte a autenticidade do selo em: www.seloacre.com.br

Reconheço por SEMELHANÇA a(s) seguinte(s) de
GLAUCIO DA SILVA SOUZA
 Do que dou fé. Rio Branco - AC, 20 de Fevereiro de 2019. Custas e Emolumentos
 3,40.

RIVAND MARIA LEANDRO SILVEIRA-ESCRIVENTE
 - VÁLIDO SOMENTE SEM EMENDAS OU RASURAS

hando enviado
 para DIC./DCORF.

22/02/2019

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA-PMAC**

GOVERNO DO ESTADO DO ACRE

Nº despacho:

2019011713573475074

FATO: ACIDENTE DE TRANSITO
COM VITIMA FATAL(COLISÃO)

FATO

Data: 17/01/2019

Hora: 13:57

LOCAL:

Logradouro: RUA RIO DE JANEIRO COM RUA SÃO PAULO

Nº:

Bairro: CENTRO

Complemento:

Referência: CRUZAMENTO DA RUA RIO DE JANEIRO COM RUA SÃO PAULO

CEP:

Município: RIO BRANCO

Tipo de Local: VIA PUBLICA

ENVOLVIDO "A" CONDUTOR V1

Nome: GISLANE DOS SANTOS

Sexo: F Nasc.: 29/08/89 Idade: 29

Endereço: TV IRINEU SERRA 58

Bairro: AVIÁRIO

Tel.: 99208 0279LUCAS

VEÍCULO: GM VECTRA MILENIUM PLACA MZS 5722

Lesões: SEM

ENVOLVIDO "B" CONDUTOR V2

Nome: GLAUCIO DA SILVA SOUZA

Sexo: F Nasc.: 28/05/77 Idade: 41

Endereço: TV ITAMARATI 159

Bairro: JOÃO EDUARDO II

Tel.

VEÍCULO: YAMAHA FACTOR QLW 0618

LESÕES: LESÃO APARENTEMENTE LEVE NO PÉ DIREITO.

ENVOLVIDO "C" PASSAGEIRA DO ENVOLVIDO "B"

Nome: ELISANGELA DA SILVA MATIAS

Sexo: F Nasc.: 15/10/76 Idade: 42

Endereço: Mesmo do envolvido "B"

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

LESÕES: ÓBITO

02 ABR 2019

VEÍCULO: YAMAHA FACTOR QLW 0618

PROTOCOLO

HISTÓRICO

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS PELO CIOSP PARA ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA COM VITIMA. QUE AO CHEGAR AO LOCAL, SEGUNDO TERCEIROS, O ENV. "B" CONDUZIA A MOTOCICLETA PELA RUA RIO DE JANEIRO NO SENTIDO BAIRRO / CENTRO E A ENV. "A" SE DESLOCAVA PELA RUA SÃO PAULO NO SENTIDO RUA MARIAS GERAIS PARA A AV. CEARÁ, QUANDO OS MESMOS COLIDIRAM-SE NO CRUZAMENTO; QUE O SAMU JÁ SE ENCONTRAVA NO ACIDENTE E NOS INFORMOU QUE A ENVOLVIDA "C" FORA A ÓBITO NO LOCAL; QUE A ENV. "A" PAROU SEU VEÍCULO LOGO A FRENTE E FICOU NUMA LOJA AO LADO DO LOCAL DO SINISTRO AGUARDANDO OS PROCEDIMENTOS POLICIAIS; QUE NÃO FORA REALIZADO BAFÔMETRO NA ENV. "A" DEVIDO A INSTITUIÇÃO POLICIAL ESTAR COM TODOS OS BAFÔMETROS EM MANUTENÇÃO; QUE MESMO ASSIM, VERIFICAMOS QUE, APARENTEMENTE, A CONDUTORA "A" NÃO APRESENTAVA SINAIS DE QUE HAVIA INGERIDO ALGUM TIPO DE SUBSTÂNCIA ALCÓOLICA; QUE FOMOS ATÉ O P.S. E VERIFICAMOS QUE O CONDUTOR "B" NÃO APRESENTAVA TER FERIMENTOS APARENTEMENTE GRAVES E NEM SINTOMAS APARENTES DE TER INGERIDO ALGUMA SUBSTÂNCIA ALCÓOLICA; QUE A POLÍCIA TÉCNICA ESTEVE NO LOCAL REALIZANDO A PERÍCIA; QUE A ENV. "A" FOI CONDUZIDA À DÉFLA JUNTAMENTE, COM O VEÍCULO ENVOLVIDO E ENTREGUE À AUTORIDADE POLICIAL; QUE O VEÍCULO "B" FOI CONDUZIDO AO PÁTIO DO DETRAN PELO GUINCHO POR NÃO ESTAR DEVIDAMENTE LICENCIADO, SEGUNDO CIOSP; QUE FORA CONFECCIONADO BAT Nº 4838.

**1º TABELIONATO DE NOTAS E 1º OFÍCIO DE
REGISTRO CIVIL DA COMARCA DE
RIO BRANCO - ACRE**

Fabricio Mendes dos Santos
TABELIÃO/OFICIAL DE REGISTRO CIVIL

Aldelaine Camilo dos Santos
TABELIÃO/OFICIALA SUBSTITUTA

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES:

GLAUCIO DA SILVA SOUZA e ELISANGELA DA SILVA MATIAS

MATRÍCULA:

007600 01 55 2012 2 00043 066 0009866 72

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONJUGES

GLAUCIO DA SILVA SOUZA, nascido no dia **28 de maio de 1977**, em **Rio Branco-AC**, brasileiro, filho de **JOSIMAR ALMEIDA DE SOUZA e MARIA HELENA TÔRRES DA SILVA SOUZA**.

ELISANGELA DA SILVA MATIAS, nascida no dia **15 de outubro de 1973**, em **Feijó-AC**, brasileira, filha de **RAIMUNDO MATIAS FILHO e MARIA DO LIVRAMENTO DA SILVA MATIAS**.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

Ao primeiro dia do mês de junho do ano de dois mil e doze

DIA MÊS ANO

01 06 2012

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

comunhão parcial de bens

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

Os nubentes, após o enlace, conservaram os mesmos nomes

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Nada consta. Livro B-43, Folha 66, Termo 9866. Custas e Emolumentos: R\$ 100,20. Selo de Fiscalização nº AA8427202.

Nome do Ofício:

1º Ofício de Registro Civil de Rio Branco-AC

Oficial Registrador: **Fabricio Mendes dos Santos**

Município: **Rio Branco/AC**

End.: **Avenida Ceará, nº 1422**

Cep.: **69908-690**

Fone.: **(68) 3224-9112**

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

02 ABR 2019

PROTOCOLO
AS RIO BRANCO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Rio Branco/AC, 01 de junho de 2012

Patricia Anne Melo de Souza
Escritor Substituta



SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO
Tribunal de Justiça do Estado do Acre
1º Ofício de Registro Civil de Rio Branco-AC
AG829039-08 - CERTIDÃO
Data: 31/01/2019
ELISANGELA DA SILVA MATIAS
Emol: R\$ 15,72 Fecom: R\$ 0,93
FUNFIS R\$ 1,85 ISS R\$ 0,00
TOTAL: R\$ 18,50
Consulta e autenticidade do selo em:
www.aefoacre.com.br
E99B-0AC8-8CF8-0D4E



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

ELISANGELA DA SILVA MATIAS

CPF

359.903.922-49

MATRÍCULA:

000760 01 55 2019 4 00077 149 0014819 35

SEXO
feminino

COR
parda

ESTADO CIVIL E IDADE
casada, com 45 anos

NATURALIDADE
Feijó/AC

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
220627 - SSP/AC

ELEITOR
SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

RAIMUNDO MATIAS FILHO e MARIA DO LIVRAMENTO DA SILVA MATIAS, residente e domiciliada Rua Osana, nº 32, Bairro João Eduardo II, Rio Branco - AC

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DEZESSETE DE JANEIRO DE DOIS MIL E DEZENOVE, às 14:30 h

Dia
17

Mês
01

Ano
2019

LOCAL DE FALECIMENTO

na via pública Via Pública - Rua Rio de Janeiro, Bairro Floresta, nesta Capital

CAUSA DA MORTE

traumatismo cranio encefálico; traumatismo raquimedular (TRM); acidente de trânsito

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido)

Cemitério São João Batista - Rio Branco/AC

DECLARANTE

PABLO THIAGO MATIAS DE SOUZA

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

PAULO JESUS CÉSAR, CRM 795/AC

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES A ACRESCEM

Pelo declarante, filho da falecida, foi informado que a mesma era eleitora, não deixou bens à inventariar, não deixou testamento conhecido, não deixou filhos menores e interditos, deixou 02 (dois) filhos maiores: Pablo Thiago Matias de Souza com 28 anos de idade e Alefê Matias de Souza com 24 anos de idade. A falecida deixou viúvo o senhor Glaudio da Silva Souza. Livro C-77, Folha 149, Termo 14819.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NUMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	220627	17/06/2015	SSP/AC	

CEP Residencial

Não informado

Grupo Sanguíneo

Não informado

As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício:

1º Ofício do Registro Civil das Pessoas Naturais
de Rio Branco/AC

Oficial Registrador: Fabrício Mendes dos Santos

Município: Rio Branco / AC

End.: Avenida Ceará, nº 2513

Telefone: (68)3224-9112

E-mail: 1tabelionato.riobranco@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Rio Branco/AC, 31 de janeiro de 2019.

MICHELE DA SILVA SOUSA
ESCREVENTE



ARPENBRASIL AA 010178285 BRP



MILHO
Produção responsável
www.fsc.org.br

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula: 0018830153 1987 1 0003 080 0300553 31

Paid: 0003 080 0300553 31

aaabbbcc ddde ffff ggg hhhhhh ii

aaabbb (00188-3) Código Nacional da Serventia

bb (01) Código do Assento, sendo:

aaabbb (00188-3) Código Nacional da Serventia

bb (01) Código do Assento, sendo:

aaabbb (00188-3) Código Nacional da Serventia

bb (01) Código do Assento, sendo:

cc (65) Tipo de Serviço Prestado, sendo:

55. Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais

ddd (1387) Ano de Registro

e (1) Tipo de Livro, sendo:

1. Livro A (Casamento)
2. Livro B (Separação de Bem)
3. Livro C (Separação de Corpo)
4. Livro D (Separação de Bens)
5. Livro E (Separação de Alimentos)
6. Livro F (Separação de Renda)
7. Livro G (Separação de Renda e Alimentos)
8. Livro H (Separação de Renda e Alimentos e Renda)

fff (0003)

Número do Livro

ggg (080)

Número da Folha

hhhhhh (0300553)

iiii (31)

Número do Termo

jj (31)

Digito Verificador