

ITAU - 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

BRADESCO08052019050000000002370042700000044320675000 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: 00000002797-9

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: 359.703.922.49 4 - Nome completo da vítima: *Elizângela da Silva Mota*

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

5 - Nome completo: *Fábio Braga Mota de Souza* 6 - CPF: 003.550.322-47
 7 - Profissão: *Analista de TI* 8 - Endereço: *TV Hosanna, Comunidade* 9 - Número: 246 10 - Complemento: AF
 11 - Bairro: *Jesuino Eduardo* 12 - Cidade: *Rio Preto* 13 - Estado: AC 14 - CEP: 06791-530
 15 - E-mail: *(48) 99233-7814*

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).

DADOS CADASTRAIS

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: *Bradesco Itaú*

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 Lider 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 atende 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 e custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das despesas 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: 17/10/2019

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:

Filho

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (val 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NAO ALFABETIZADO

34 - Impressiono 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 - 1º | Nome: *Tessiana Almeida de Souza*
 CPF: *019.710.642-15*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Francisco das Chagas Lima*
 CPF: *870.576.632-20* DO NACIONAL

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Rio Preto AC 15/10/2019*

X Rollo Braga, Natias de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTIMUNHAS

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:	Nome completo da vítima:
	359.903.922.40	Eli Benjamim da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF:
Gláucio da Silva Souza	Quase-me	509.043.292.91
Bairro:	Endereço:	Número:
Centro	Rua Benjamim Leonardi	600
Cidade:	Estado:	Complemento:
Ribeirão Preto	SP	
E-mail:	CEP:	
	09.000-062	
	(16) 99967-1682	
	(16) 99918-4531	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO

- RECUZO 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)

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

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: 0044.320
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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: 17/01/2019

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: 1 Falecidos: 0 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 que assina o RÔGO

Local e Data:

Ribeirão Preto, 11/03/19

Nome:

CPF:

Assinatura de quem assina o RÔGO
 Gláucio da Silva Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Josimara Almeida de Souza
 CPF: 058710692-15

Assinatura

2º | Nome: Fernanda dos Chagas Lima
 CPF: 870576625-20

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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:	Nome completo da vítima:
	359.903.922.40	Eli Benjamim da Silva Santos
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Número:	Complemento:
Endereço:	509.043.292.91	
Bairro:	CEP:	
Cidade:	600	
Rua Benjamin Constant	69.000-062	
Estado:	(66) 99967-1682	
Al	(66) 99967-1682	
E-mail:	16199818-4531	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA) (6199818-4531)

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO

- RECUZO 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)

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

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 0427 CONTA: 0044.320
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 assinei 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 Lider 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: Japone

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: 1 Falecidos: 0 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
representante
legal

Local e Data:

Rio Branco, AC 11/10/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina o RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Josimar Almeida de Souza
 CPF: 058710692-15

Janine Almeida da Silva
 Assinatura

2º | Nome: Fernanda dos Chagas Lima
 CPF: 870576625-20 Densinha

Fernanda dos Chagas Lima do Nascimento
 Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, 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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

359 703 922-49

4 - Nome completo da vítima:

Elisomarita da Silva Mota

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

5 - Nome completo:

Fábio Braga Mota de Souza

6 - CPF:

003.550.322-47

7 - Profissão:

Aluno - msl

8 - Endereço:

TV Hosanna Comunicaç

9 - Número:

246

10 - Complemento:

AP

11 - Bairro:

Jesu de Souza

12 - Cidade:

Rio Preto

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

6991-530

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(48) 9923-7814

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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco Itaú

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0009

CONTA: 10835

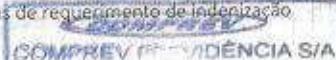
(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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):

 COMPREV P - INDÉNCIA S/A

Não há IML que atende 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 e custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das despesas 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:

17/10/2019

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:

Filho

28 - Vítima Sim teve filhos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0

30 - Vítima deixou nascituro (val nascer): Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

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 - 1º | Nome: Tessiana Almeida de Souza

CPF: 019710642-15

Juramento de testemunha

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Franca das Chagas Lima

CPF: 870576602-20

DO NASCIMENTO

Franca das Chagas Lima de Nascentes

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Rio Preto AC 15/10/2019

X Júlio Braga, Natias de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL:

3190253570

3 - CPF da vítima:

359.903.922.49

4 - Nome completo da vítima:

Elizangela de Siba Matias

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Aleffe Matias de Souza

6 - CPF:

916.354.402-94

7 - Profissão:

Caixaria

8 - Endereço:

R. Kenzuka

9 - Número:

293

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bumba Habitara

12 - Cidade:

Rio Branco

13 - Estado:

AC

14 - CEP:

69.905-112

16 - Tel.(DDD):

6899622-8689

15 - E-mail:

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
 SEM RENDA

R\$ 1.00 A R\$ 1.000,00
 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.500,00

R\$ 2.501,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

03

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Esposo

28 - Vítima

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

filhos: 2

teve filhos:

Falecidos: 0

30 - Vítima deixou

nascer

teve

filhos:

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

irmãos:

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

Impossível
digital da
víma ou
benificiário
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

40 - Local e Data,

Rio Branco - AC 16/09/2019
Alefte Matias de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1^a | Nome: +Eliseu da Silva Pereira
CPF: +918.02.025-34
+Eliseu da Silva Pereira

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: +José da Silva Pereira
CPF: +041.239.792-00
+José da Silva Pereira

Assinatura da testemunha



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE
POLICIA 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: Dom Giocondo

Tipo do Local: Via Pública



Natureza
1501: Conflitos Diversos - Outros

PROTOCOLO

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 Atestamento

Gláucio da Silva Souza
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) Delegado(a) responsável pelas informações acima assentadas e consto que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 330-Delito da Calúniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime, ou Se, Constituição 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

8020191279665





hando enviado
para Dic./Dcorp.

22/01/2019



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 (03)
LOCAL: Logradouro: RUA RIO DE JANEIRO COM RUA SÃO PAULO		Nº:	
Bairro: CENTRO		Complemento:	
Referencia: CRUZAMENTO DA RUA RIO DE JANEIRO COM RUA SÃO PAULO		CEP:	
Município: RIO BRANCO		Tipo de Local: VIA PUBLICA	
ENVOLVIDO "A" CONDUTOR V1			
Nome: GLISLANE DOS SANTOS		Sexo: F Nasc.: 29/08/89 Idade: 29	
Endereço: TV IRINEU SERRA 58		Bairro: AVIÁRIO	
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	
VEÍCULO: YAMAHA FACTOR QLW 0618		LESÇÕES: 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	
VEÍCULO: YAMAHA FACTOR QLW 0618		LESÕES: ÓBITO	
HISTÓRICO		PROTÓCOLO RIO BRANCO	

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 MÍAS 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 APARENTEVA 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 CONFECIONADO 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

CERTIDAO 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 CÔNJUGES

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 Feijo-AC, brasileira, filha de **RAIMUNDO MATIAS FILHO** e **MARIA DO LIVRAMENTO DA SILVA MATIAS**.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENO)

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 CÔNJUGES 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 Geará, nº 1422

Cep: 69908-690 Fone: (68)3224-9112



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

Patricia Anne Melo de Souza
Escrevente Substituta



SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO
 Tribunal de Justiça do Estado do Acre
 1º Ofício de Registro Civil de Rio Branco-AC
 AG629059-08 - 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.seloacre.com.br
 E99B-0AC8-8CF8-0D4E



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

COMPREV PREVIDÊNCIA

2ª Via

02 ABR 2019

PROTÓCOLO
AC-0178285

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
Feijo/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 crânio 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 À ACRESER

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 Alefie Matias de Souza com 24 anos de idade. A falecida deixou viúvo o senhor Glauco 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: Fabricio 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



DETALHAMENTO DA MATRÍCULA	cc (65) Tipo de Serviço Prestado: Sétimo	Número do Livro
Matrícula	008830155198710003050600053331	499 (0003)
Período	2008/2009 Ano letivo: II	999 (05)
DETALHAMENTO	detalhamento	Número da folha
anexo (01)	anexo (01)	Número do Termo
anexo (01)	anexo (01)	Digito Verificador

anexo (01)

anexo (01)