

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)**
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei, disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
- Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
- Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:		COSMO SILVA DO BONFIM	CPF:	955-252-893-34	Data do óbito:	05/07/18
Estado Civil:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: 02	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que resarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:		CHAMADA DE DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Local/data:	Assinatura do cônjuge:			
Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo				
Nome completo:		09 AGO. 2018		
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):			

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
MIRIAN DA SILVA BONFIM		FILHA	087.253.153-82
TERESINA-PI, 05/08/18	X Mirian da Silva Bonfim		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
MEDIANE DA SILVA BONFIM		X Franciscus Regina da Silva	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Franciscus Regina da Silva	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	2 - Nome completo:	FRANCISCO DE ASÍS PEREIRA DA SILVA
CPF:	741-184-983-93	CPF:	072-560-473-68
Local/data:	TERESINA-PI, 05/08/18	Local/data:	TERESINA-PI, 05/08/18
Assinatura:	Nosso testemunha Neto		
Assinatura: F 12211			



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
DEATH
NAME
NASCIMENTO
28/04/15

DOC. DE
EXPIRAÇÃO

FRANCISCA REGINA DA SILVA

NASCIMENTO

PLACAR

FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO

PLACAR

DATA DE
EXPIRAÇÃO

28/04/15

DOC. DE
EXPIRAÇÃO

29/09/1986

DATA DE
EXPIRAÇÃO

29/09/1986

DOC. DE
EXPIRAÇÃO

29/09/1986



CARTERA DE IDENTIDADE

ANEXO DA DOCUMENTAÇÃO



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

COSMO SILVA DO BONFIM

CPF da Vítima

955.252.893-34

Data do Acidente

15/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FRANCISCA REGINA DA SILVA

Email

DEPARTAMENTO DE SINISTRO	DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
09/ABR/2018	
GENTE SEGURADORA S.A.	
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C	
- Nordeste - CEP: 64000-000	

CPF do Representante legal

020.534.143-83

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

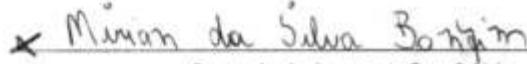
- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

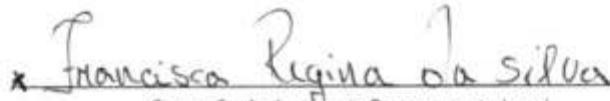
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

TERESINA-PI, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data


Minim da Silva Bonfim

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário


Francisca Regina da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

COSMO SILVA DO BONFIM

CPF da Vítima

955.252.893-34

Data do Acidente

15/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FRANCISCA REGINA DA SILVA

DEPARTAMENTO DE SINOS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CPF do Representante legal

020.534.143-83

Telefone (DDD)

Email

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:

09 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.

Bairro: Centro de Resende - RJ
Endereço: Rua Minha Residência, nº 100
Cidade: Rio de Janeiro
UF: RJ
CEP: 24200-000

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

TERESINA-PI, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

* **Francisca Regina da Silva**

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PI		Nº 013156945055	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
1	00598502386		2017
NOME			
COSMO SILVA DO BONFIM			
XXXXXXXXXXXXXX			
XXXXXX			
CPF / CNPJ		PLACA	
95525289334		OUE-5375	
PLACA ANTO. LE		CHASSI	
9C6KE1950E0022307			
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOR 112/110000		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB. - ANO MOD.	
YAMAHA/YBR125 FACTOR K1		2013 - 2016	
CAP / POT / CIL.		CATEGORIA	
002P/012400		PARTICU	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I		1 ^a	1 ^a VENC.
P		2 ^a	2 ^a PARCELA
V	FAXX IPVA	3 ^a	3 ^a PARCELA
A			
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOP (R\$)		PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO	
SEGURADO 24384		000,00 04/01/2018	
CERTIFICAÇÃO			
CONTRIBUIÇÕES			
A/PID. BANCO NACIONAL MOTOR DO BRASIL S/A		DATA	
DEMÉRVAL REZENDE		04/01/2018	
PROIBIDA A REPRODUÇÃO			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PI Nº 013156945055 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2017		04/01/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	95525289334	OUE-5375	
RENAVAM		MARCA / MODELO	
00598502386		YAMAHA/YBR125 FACTOR K1	
ANO FAB.	CIT. TAN.	Nº CHASSI	
2013	09	9C6KE1950E0022307	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
000,00	DETRAN (R\$)	000,00	PLATO DO SEGURO (R\$)
000,00	DETRAN (R\$)	000,00	PLATO DO SEGURO (R\$)
PAGAMENTO		DATA DE OUTAÇAO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
02/01/2018			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.346.006/0001-04





PROCURAÇÃO

Outorgante: FRANCISCA REGINA DA SILVA, brasileira, solteira, autônoma, portadora do RG de nº 5.007.221 SSP-PI, inscrita no CPF sob o nº 020.534.143-83, residente e domiciliada à Rua São José 100, São Raimundo Nonato, Lagoa do Piauí-PI, CEP 64.388-000.

Outorgado: FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PI sob o nº 14.821, com endereço profissional estabelecido na Rua Santa Rita 201, Cidade Nova, Demerval Lobão-PI, CEP 64.390-000.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) COSMO SILVA DO BONFIM, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Demerval Lobão-PI, 27 de julho de 2018.

Francisca Regina da Silva

Francisca Regina Da Silva
CPF 020.534.143-83
Outorgante



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0290286/18

Número do Sinistro: 3180366738

Vítima: COSMO SILVA DO BONFIM

CPF: 955.252.893-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: COSMO SILVA DO BONFIM

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

MIDIANE DA SILVA BONFIM : 092.813.173-46

Declaração de únicos herdeiros

MIRIAN DA SILVA BONFIM : 087.253.153-82

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/09/2018
Nome: FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
CPF: 022.560.473-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2018
Nome: Paula Vargens Mendes da Costa
CPF: 004.709.313-70

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA

Paula Vargens Mendes da Costa

Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCA REGINA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180366738**

Vitima: **COSMO SILVA DO BONFIM**

Data do Acidente: **15/07/2018**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180366738**.

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, 14 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FRANCISCA REGINA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180366738**

Vitima: **COSMO SILVA DO BONFIM**

Data do Acidente: **15/07/2018**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180366738**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Certidão de casamento faltando página

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

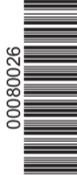
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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, 22 de Setembro de 2018

Carta nº: 13394063

A/C: FRANCISCA REGINA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180366738
Vitima: COSMO SILVA DO BONFIM
Data do Acidente: 15/07/2018
Cobertura: MORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FRANCISCA REGINA DA SILVA

Valor: R\$ 13.500,00

Banco: 104

Agência: 000001989

Conta: 0000073666-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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 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 deve ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal deve assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 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

955.252.893-34

Nome completo da vítima

COSMO SILVA DO BONFIM

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	FRANCISCA REGINA DA SILVA	CPF titular da conta	070-534-143-83	Profissão	AUTÔNOMA	
Endereço	RUA SÃO RAIMUNDO NONATO	Número	400	Complemento		
Bairro	SAO JOSE	Cidade	LAGOA DO PIAU	Estado	PI	
Email					CEP	64.388.000
				Telefone (DDD)		

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 type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
1989	73666 2	BANCO Nome	NRO.
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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.

TERESINA - PI, 08 de AGOSTO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Francisca Regina da Silva

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE INVESTIMENTOS
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - No 000 - CEP 64000-000

DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04-06-2018

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote
Nº 110 - P. F. 40110-000

NOMES

COSMO SILVA DO BONFIM (1º GEMEO)

FRANCISCA REGINA DA SILVA



DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04-06-2018

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

GENE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Lote
Nº 110 - P. F. 40110-000

CPF
955.252.893-34

CPF
SEM INFORMAÇÃO

MATRÍCULA

149526 01 55 2000 2 00007 116 0001852-78
(LIVRO B: 7 TERMO: 1852 FOLHA: 116)

Nomes completos de solteiro, datas de nascimento, nacionalidade, nacionalidade e filiação dos cônjuges.

COSMO SILVA DO BONFIM (1º GEMEO), BRASILEIRA, NATURAL DE DEMERAL LOBÃO-PI, NASCIDO EM DEMERAL LOBÃO-PI, EM Vinte E UM (21) DO MÊS DE AGOSTO (08) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E OITENTA (1980), FILHO DE TEOTONIO ALVES DO BONFIM E MARIA PEREIRA DA SILVA DO BONFIM.

FRANCISCA REGINA DA SILVA, BRASILEIRA, NATURAL DE DEMERAL LOBÃO-PI, NASCIDA EM DEMERAL LOBÃO-PI, EM Vinte E NOVE (29) DO MÊS DE SETEMBRO (09) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E OITENTA E SEIS (1986), FILHA DE SEM INFORMAÇÃO E FRANCISCA PEREIRA DA SILVA.

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO (POR-EXTENSO)

Vinte e seis do mês de julho do ano de dois mil

DIA 26 MÊS 07 ANO 2000

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

SEPARAÇÃO DE BENS

NAME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

CONTINUA O MESMO NOME

FRANCISCA REGINA DA SILVA BONFIM

AVERAÇÕES E ANOTAÇÕES A ACRESCEM

AV-1- NESTA DATA FAÇO A AVERBAÇÃO DO DIVÓRCIO DIRETO CONSENSUAL DO CASAL: COSMO SILVA DO BONFIM(1º GEMEO) E FRANCISCA REGINA DA SILVA BONFIM, CONFORME SENTENÇA JUDICIAL PROFERIDA PELO MM. JUÍZ DE DIREITO DESTA COMARCA DR. 58/2005, EM QUE OS MESMOS SÃO REQUERENTES, PASSANDO A CÔNJUGE VAROA A VOLTA A USAR O NOME DE SOLTERA, OU SEJA: FRANCISCA REGINA DA SILVA, DEMERAL LOBÃO-PI, 19.09.2007. AV-2- AVERBAÇÃO: FALECEU O SR. COSMO SILVA DO BONFIM, DEMERAL LOBÃO-PI, 25/07/2018.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NUMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	54426661		SSP PI	
Cartão Nacional de Saúde	980016297086304			
TIPO DOCUMENTO	NUMERO	ZONALISACAO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	026955801911	054/0027	DEMERAL LOBÃO	PI

*As anotações de cadastro só são disponibilizadas a partir da assinatura do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação da sua portadora.

NO MEIO DO OFÍCIO: OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL

OFICIAL

REGISTRADOR: GONÇALA FERREIRA DA SILVA

MUNICÍPIO/UF: DEMERAL LOBÃO-PI

ENDEREÇO: AVENIDA PADRE JOAQUIM NONATO Nº 507 CENTRO

TEL/FONE: (863260-1712) 8636462-7151

E-MAIL: cartorio.demerallobao@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro, Dou Rá.
Data e local: DEMERAL LOBÃO, PI, 24 de Agosto de 2018.

Nathalia Luisa Oliveira Marreiro
Assistente de Ofício

Nathalia Luisa Oliveira Marreiro
Escrevente Autorizada

Cartório de Notas e Registro Civil
Órgão de Notificação, com averbação, além de fiscalizar
02/08/2018, 10:30:00

2ª VIA



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: 18/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 13.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCA REGINA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01989

CONTA: 00000073666-2

Nr. da Autenticação 8B1982E5A9DC69BB



CTCE FORTALEZA CE PLB

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
RUA SANTA RITA, 201
CENTRO
64390-000 DEMERVAL LOBAO PI



CÓDIGO DAS PRESTADORAS DE LONGA DISTÂNCIA				Atendimento ao Cliente: *144
41 TIM	14 OI	12 ALGAR	43 SERCOMTEL	Deficientes Auditivos e de Fala: 0800 741 25 80
15 VIVO	31 TELEMAR	75 VIPWAY	75 VIPWAY	Anatel: 1331
21 CLARO	91 IP CORP			

Para Uso Exclusivo dos Correios

Não é possível garantir a entrega, este documento deve ser retornado à Av. Dr. Rudge Ramos, 1561 - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09639-900

Mudei-se Não existe nº indicado Desconhecido Não Preenchido Informação errada para porteiro/árvore
 Ausente Endereço Insuficiente Recusado Perdeu Outros _____

Reintegrado ao serviço postal em _____ / _____ / _____

Responsible: _____

Atenção Clientes TIM





Eletrobras
Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

FRANCISCA REGINA DA SILVA

R. SAO JOSE, 100 , 100

SAO RAIMUNDO NONATO

NF: 8247597

64388000 LAGOA DO PIAUÍ

PI

CÓDIGO ÚNICO 8689849	MÊS 07/2018	PERÍODO DE CONSUMO 11/06/2018 a 09/07/2018
CONSUMO (kWh) 104	VENCIMENTO 16/07/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 61,31

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui



Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUÍ

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO

8689849

MÊS

07/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,31

836600000001.613100170000.000000008680.984907180058



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 segurado, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal, bem como 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 CORREDORES DE SEGURO S.A.**

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada e 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 FRANCISCO DE ASSIS RELEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.560.473 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIRIAN DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o N° 087.253.153 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SILVA DO BONFIM, inscrito (a) no CPF sob o N° 955.252-833 / 34, 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	Bairro	Cidade	Local e Data	Número	Complemento
<u>RUA SANTA RITA</u>	<u>CIDADE NOVA</u>	<u>DEMerval Lobão</u>		<u>201</u>	
<u>ASSISSILVAADVOCADO@HOTMAIL.COM</u>				<u>CEP</u> <u>64.390-000</u>	

TERESINA-PI 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 FRANCISCO DE ASSIS P. DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 072.560.473/69 ne qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIDIANE DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o N° 092.813.173/46, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SILVA DO BONFIM, inscrito (a) no CPF sob o N° 955.252.893/34, 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
RUA SANTA RITA	20 J	
Bairro	Estado	CEP
CIDADE NOVA	PI	64.390.000
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
ASSSILVAADVOGADO@HOTMAIL.COM	(86) 99947-1963	

TERESINA-PI, 01 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

29 AGO. 2018

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 FERNANDO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 022-560-473-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MEDIANE DA SILVA DONFIM inscrito (a) no CPF sob o N° 092-813-173-46, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SELVA DO BONFIM inscrito (a) no CPF sob o N° 955-352-8931-34, 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
RUA SANTA RITA		203	-
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	DE MELVAL LOBÃO	PI	64.390-000
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(86) 99947-1963

TERESINA - PI, 28 de AGOSTO de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

R\$ 680,457

DATA DE
EXPIRAÇÃO
26/09/17

NOME

MIRIAN DA SILVA BONFIM

SEXO:

FRANCISCA REGINA DA SILVA

COSMO SILVA DO BONFIM

NACIONALIDADE

TERESINA-PI

DOC: DIRBEN

CERT. NASC. 18626 L A16 F 98

EXP DEMERVAL LOBÃO-PI 12/04/16

087.253.153-82

1253423

LEI Nº 7.116 DE 20/06/93 - DECRETO Nº 88.250/63

DATA DE NASCIMENTO

21/05/2001



REPRODUÇÃO PODE SER VALIDA DO BRASIL
REPRODUÇÃO DE OUTRAS PESSOAS É PROIBIDA
DISPONÍVEL AO SISTEMA DA POLÍCIA CIVIL
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOSSO NÚMERO	4.770.684
DATA DE EMISSÃO	19/02/18
SEXO	MULHER
NAME	MIDDANE DA SILVA BONFIM
PAÍS	BRASIL
FRANCISCA REGINA DA SILVA COSMO SILVA DO BONFIM	
RESIDÊNCIA	TERESINA - PI
DATA DE Nascimento	05/07/2003
Nô. cert. de nasc. CERT. NASC. 19712 L A17 F 70 EXP. DEMerval Lobão-PI 12/04/16 092.813.173-46 1485362	
LEI Nº 7.110 DE 29/06/1980 - DECRETO Nº 60.200/183	



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
- Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
- Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPF: 955.252.893-34		Data do óbito: 15/07/18
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	N° vivos: 02 N° falecidos: 0	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:		
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do cônjuge:
-------------	------------------------

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):
-------------	------------------------------------

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Munian da Silva Bonfim*

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
- Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
- Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPF: 955.252.893-34		Data do óbito: 15/07/18
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	N° vivos: 02	N° falecidos: 0 <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:		
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do cônjuge:
-------------	------------------------

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
----------------	------

Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):
-------------	------------------------------------

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Munian da Silva Bonfim*

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:
-------------	-------------------------------

Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):
-------------	---

D. LOBÃO-P., 10/09/18 *Francisca Regina da Silva*

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
----------------	----------------------------------	------

<table border="1

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)**
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei, disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
- Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
- Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:		COSMO SILVA DO BONFIM	CPF:	955-252-893-34	Data do óbito:	05/07/18
Estado Civil:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: 02	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que resarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:		CHAMADA DE DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO		
Local/data:	Assinatura do cônjuge:			
Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo				
Nome completo:		09 AGO. 2018		
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):			

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:		Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
MIRIAN DA SILVA BONFIM		FILHA	087.253.153-82
TERESINA-PI, 05/08/18	X Mirian da Silva Bonfim		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
MEDIANE DA SILVA BONFIM		X Franciscus Regina da Silva	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
TERESINA-PI, 05/08/18		X Franciscus Regina da Silva	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	2 - Nome completo:	FRANCISCO DE ASÍS PEREIRA DA SILVA
CPF:	741-184-983-93	CPF:	072-560-473-68
Local/data:	TERESINA-PI, 05/08/18	Local/data:	TERESINA-PI, 05/08/18
Assinatura:	Nosso testemunha Neto		
Assinatura: F 12211			

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)**
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei, disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

- Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
- Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
- Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
- Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
- Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
- Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:		COSMO SILVA DO BONFIM	CPF:	955-252-893-34	Data do óbito:	05/07/18
Estado Civil:		<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: 02	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não					

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que resarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

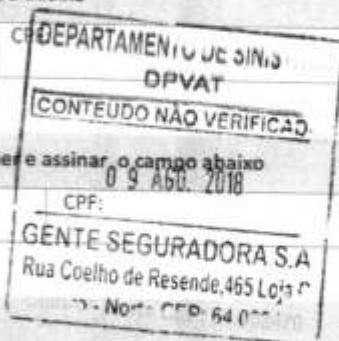
DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:

Local/data:

Assinatura do cônjuge:



Nome completo:

Local/data:

Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:

MIRIAN DA SILVA BONFIM

Local/data:

TERESINA - PI, 05/08/18

Grau de parentesco
com a vítima:

FILHA

CPF:

087.253.153-82

Assinatura do Herdeiro Legal:

X Mirian da Silva Bonfim

Local/data:

TERESINA - PI, 05/08/18

Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):

X Francisca Regina da Silva

Nome completo:

MEDIANE DA SILVA BONFIM

Local/data:

TERESINA - PI, 05/08/18

Grau de parentesco
com a vítima:

FILHA

CPF:

092.813.173-46

Assinatura do Herdeiro Legal:

X Francisca Regina da Silva

Nome completo:

TERESA PEREIRA NETO

Local/data:

TERESINA - PI, 05/08/18

Grau de parentesco
com a vítima:

FILHO

CPF:

074.184.983-93

Assinatura do Herdeiro Legal:

X Teresa Pereira Neto

Nome completo:

TERESA PEREIRA NETO

Local/data:

TERESINA - PI, 05/08/18

Grau de parentesco
com a vítima:

FILHO

CPF:

074.184.983-93

Assinatura do Herdeiro Legal:

X Teresa Pereira Neto

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:

JOSE LEITE PEREIRA NETO

CPF:

741-184-983-93

Local/data:

TERESINA - PI, 05/08/18

Assinatura:

X José Leite Pereira Neto

DUNS:001 V001/2018

2 - Nome completo:

FRANCISCO DE ASIS PEREIRA DA SILVA

CPF:

072-560-473-69

Local/data:

TERESINA - PI, 05/08/18

Assinatura:

X Francisco de Asis Pereira da Silva