

# DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. 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.
5. 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.
6. 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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	Nº vivos:	02	Nº falecidos:	<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:	
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:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

## Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	MIRIAN DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087-253-153-82
----------------	------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

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

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

Nome completo:	MEDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092-813-173-46
----------------	-------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

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):
-------------	---

## TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	2 - Nome completo:	FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
--------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------

CPF:	741-184-983-91	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18	CPF:	022-560-473-69	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18
------	----------------	-------------	-----------------------	------	----------------	-------------	-----------------------

Assinatura:	<i>José Leite Pereira Neto</i>	Assinatura:	<i>Francisco de Assis Pereira da Silva</i>
-------------	--------------------------------	-------------	--



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS




*Francisca Regina da Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

0554517

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.007.221 DATA DE EMISSÃO 28/04/15

NOME FRANCISCA REGINA DA SILVA

FRANCISCA PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE DEMERVAL LOBÃO-PI DATA DE NASCIMENTO 29/09/1986

DOC. CIVIL CERT. CASAM. 1852 L 807 F 116

EXP. DEMERVAL LOBÃO-PI 19/09/07

020.534.143-83

LEI Nº 7.116 DE 28/06/03 - DECRETO Nº 69.250/03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO.  
09 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
No. 64

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

E-mail

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

TERESINA-PI, 01 de AGOSTO de 2018

Local e Data

x Mirian da Silva Bonfim

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

x 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

Email

DEPARTAMENTO DE SINOS ...

DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

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

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PI Nº 013156945055 BILHETE DE SEGURO DPVA

09136		DETRAN - PI		Nº 013156945055	
05985		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
02366	VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCICIO	
30170	1	00598502385		2017	
13018	NOME				
00075	COSMO SILVA DO BONFIM				
29001	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
80101	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
46084	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
80870	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
25041	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
87719	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX				
50861	CPF / CNPJ		PLACA		
03536	95525289334		OUB-5375		
39908	PLACA ANT. UF		CHASSI		
00195			MICHEL 195050022307		
00302	ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL		
	PAS/MOTOCICLETA/PISTETA		GASOLINA		
	MARCA / MODELO		ANO FAB.		ANO MOD.
	YAMAHA/YBR125 FACTOR K1		2013		2016
	CAP. POT. / CL		CATEGORIA		COR PREDOMINANTE
	002P/0124CC		PARTICU		VERMELHA
	COTA UNICA		VENC. COTA UNICA		VENC. / COTAS
I					1º IPVA
P	FAIXA IPVA		PARCELAMENTO / COTAS		2º
V					3º
A					PRATO
PREMIO TARIFFARIO (R\$)		IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)		DATA DE PAGAMENTO
SEGURO		SEGURO	OBRIGATORIO		
OBSERVAÇÕES					
A/FID. BANCO YAMAHA MOTOR DO BRASIL S/A					
/A					
DETERMINADO PARA TRANSFERENCIA					
LOCAL					DATA
DEMIVAL ROCHA					04/01/2018

PI Nº 013156945055		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT          PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO          AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</p> <p><a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a>          SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2017		04/01/2018	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	95525289334	QUE-5376	
RETOURNA		MARCA / MODELO	
00598502386		YAMAHA / YBR125 FACTOR R1	
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2013	03	9C6KE1950E0022307	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PREMIO (R\$)	DEMATRIAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
000,00	000,00	000,00	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IDE (R\$)	TOTAL SEGURO + BILHETE (R\$)	
000,00	000,00	185,50	
PAGAMENTO		DATA DE QUOTACÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	02/01/2018	
<p><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b></p> <p>CNPJ 08.345.008/0001-04</p>			



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
No. 64

**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](http://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

FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13232049



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](http://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 deverá 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 ASI

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 <b>FRANCISCA REGINA DA SILVA</b>		CPF titular da conta <b>070.534.143-83</b>	Profissão <b>AUTONOMA</b>
Endereço <b>RUA SÃO RAIMUNDO NONATO</b>		Número <b>100</b>	Complemento
Bairro <b>SÃO JOSÉ</b>	Cidade <b>LAGOA DO PATU</b>	Estado <b>PI</b>	CEP <b>64.388-000</b>
Email			Telefone (DDD)

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☒ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD <b>1989</b>	D/V	CONTA NRD <b>73666</b>	D/V <b>2</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRD
AGÊNCIA NRD	D/V
CONTA NRD	D/V
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TERESINA-PI, 08 de AGOSTO de 2018

Local e Data

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DEPARTAMENTO DE JUDICIAIS  
DPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO  
09 A60. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C  
Cidade - Norte CEP: 64 000-00

DEPARTAMENTO DE NOTAS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho da Resende, 465 Loja F  
Nº 1.661.2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE CASAMENTO**

NOMES

COSMO SILVA DO BONFIM (1º GEMEO)

FRANCISCA REGINA DA SILVA

MATRÍCULA

**149526 01 55 2000 2 00007 116 0001852-78**

(LIVRO B: 7 TERMO: 1852 FOLHA: 116)

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

COSMO SILVA DO BONFIM (1º GEMEO), BRASILEIRO, NATURAL DE DEMERVAL LOBÃO-PI, NASCIDO EM DEMERVAL 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 DEMERVAL LOBÃO-PI, NASCIDA EM DEMERVAL 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

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

CONTINUA O MESMO NOME

FRANCISCA REGINA DA SILVA-BONFIM

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

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. JUIZ DE DIREITO DESTA COMARCA DR. RAIMUNDO JOSÉ GOMES, DATADA DE 03.09.2007 E TRANSITADO E JULGADO, NOS AUTOS DE DIVÓRCIO DIRETO CONSENSUAL, PROC. 66/2005, EM QUE OS MESMOS SÃO REQUERENTES, PASSANDO A CÔNJUGE VAROA A VOLTAR A USAR O NOME DE SOLTEIRA, OU SEJA: FRANCISCA REGINA DA SILVA, DEMERVAL LOBÃO-PI, 19.09.2007. AV-2- AVERBAÇÃO: FALECEU O SR. COSMO SILVA DO BONFIM, NO DIA 15/07/2018, CONFORME LIVRO C-4, FLS 279, NJ 2572, DESTA SERVENTIA. O REFERIDO É VERDADE E DOU FE. DEMERVAL LOBÃO-PI, 25/07/2018.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	54426661		SSP PI	
Cartão Nacional de Saúde	980016297086304			
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	026055601911	054/0027	DEMERVAL LOBÃO	PI

Ao arquivar este documento, o sistema de registro de dados de identificação do documento original, quando exigido pelo órgão expedidor do documento, para identificação de seu portador.

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL

OFICIAL

REGISTRADOR: GONÇALVES FERREIRA DA SILVA

MUNICÍPIO/UF: DEMERVAL LOBÃO-PI

ENDEREÇO: AVENIDA PADRE JOAQUIM NONATO Nº 507 CENTRO

TELEFONE: (86) 3260-1712 (86) 32462-7151

E-MAIL: cartorio@demervallobao.org.br

Área monetária paga: Cartório: Formal: Selo: Total R\$  
Cota de casamento, com averbação, além de taxa: 32,00 8,07 0,25 40,32

O original da certidão é verdadeiro, Dou fé.  
Data e local: DEMERVAL LOBÃO, PI, 24 de Agosto de 2018.

Nathalia Luisa Oliveira Marreiro  
Escritor Autorizada





# 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: 000000073666-2

---

Nr. da Autenticação 8B1982E5A9DC69BB

# TIM



CTCE FORTALEZA CE PL8

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



7214049716 36223 00000042442 30 100718



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

**Para Uso Exclusivo dos Correios**

Na eventual impossibilidade de entrega, este documento deve ser retornado à Av. Dr. Rudge Ramos, 1561 - São Bernardo do Campo - SP - CEP 09639-900

☐ Mudou-se ☐ Não existe nº indicado ☐ Desconhecido ☐ Não procurado ☐ Informação escrita pelo portador/indivíduo ☐ Retornado ao serviço postal em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
☐ Ausente ☐ Endereço insuficiente ☐ Recusado ☐ Falhado ☐ Outro: \_\_\_\_\_

Responsável: \_\_\_\_\_

**Atenção Clientes TIM**



FSC

www.fsc.org

MISTO

Papel produzido a partir de fontes responsáveis  
FSC C000888

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

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

NF: 8247597

**FRANCISCA REGINA DA SILVA**

R. SAO JOSE, 100, 100

SAO RAIMUNDO NONATO

64388000 LAGOA DO PIAUI

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



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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal 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 Conselho de Atividades Financeiras**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada e resseguro.

<sup>2</sup> 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 PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 022.560.473 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIRIAN DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 087.253.153 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da vítima COSMO SILVA DO BONFIM, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <b>RUA SANTA RITA</b>		Número <b>201</b>	Complemento
Bairro <b>CIDADE NOVA</b>	Cidade <b>DEMerval LOBÃO</b>	Estado <b>PI</b>	CEP <b>64.390-000</b>
Email <b>ASSISILVAADVOGADO@HOTMAIL.COM</b>		Telefone comercial(DDD) <b>186199347-1963</b>	Telefone celular (DDD)

TERESINA-PI 01 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

F 12 2 1 L  
Assinatura do Declarante



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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades 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 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIDJANE DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.813.173/46, do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SILVA DO BONFIM, inscrito (a) no CPF sob o Nº 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 <u>RUA SANTA RITA</u>		Número <u>20J</u>	Complemento
Bairro <u>CIDADE NOVA</u>	Cidade <u>DEMerval LOBÃO</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.390.000</u>
Email <u>ASSISILVAADVOGADO@HOTMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 99947-1963</u>	Telefone celular (DDD)

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

F 12 R 1 K  
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 nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> 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 PEREIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 022.560.473 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MIDIANE DA SILVA BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 092.813.173 / 40 do sinistro de DPVAT cobertura POR MORTE da Vítima COSMO SILVA DO BONFIM inscrito (a) no CPF sob o Nº 955.352.893 / 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>RUA SANTA RITA</u>		Número <u>203</u>	Complemento -
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>DEMERVAL LOBÃO</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64.390-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99947-1963</u>

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

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE GUS MACHADO



Mirian da Silva Bonfim

ASSISTENTE DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

1253423

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

680.457

DATA DE EMISSÃO 26/09/17

MIRIAN DA SILVA BONFIM

FRANCISCA REGINA DA SILVA

COSMO SILVA DO BONFIM

TERESINA-PI

DATA DE NASCIMENTO 21/05/2001

CERT. NASC. 18626 L A16 F 98

EXP. DEMERVAL LOBÃO-PI 12/04/16

087.253.153-82

1253423

LE Nº 7.116 DE 26/06/93 - DECRETO Nº 89.259/93

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

09 AGO. 2018

GENTE SEGURADORA S.A

Rua Coelho de Resende, 465 Loja C

7 - N.º 000.64 000

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

ROSETELO 4.770.684 DATA DE EMISSÃO 19/02/18

SEI MIANE DA SILVA BONFIM

RELACIONO FRANCISCA REGINA DA SILVA  
COSMO SILVA DO BONFIM

LOCALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 05/07/2003

TÍTULO CERT. NASC. 19712 L A17 F 70  
EXP. DEMERVAL LOBAO-PI 12/04/16  
CPF 092.813.173-46

1485362

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 69.260/83

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

ABRIL 2003

MIDIANE DA SILVA BONFIM

1485362

DATA DE EMISSÃO 05/07/2003

CPF 092.813.173-46

EXP. DEMERVAL LOBAO-PI 12/04/16

1485362

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
09 AGO. 2018  
GENTE SEGURADORA S.A.  
Rua Coelho de Resende, 465 Loja 1  
7 - N.º 11 - CEP 64.000-000

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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:**

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. 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.
5. 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.
6. 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:	15/07/18
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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
					Nº vivos: 02 Nº 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:	MIRAN DA SILVA BONFIM		Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087.253.153-82
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18		Assinatura do Herdeiro Legal:		Miran da Silva Bonfim	
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18		Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		Francisca Regina da Silva	
Nome completo:	MIDIANE DA SILVA BONFIM		Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092.813.173-46
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18		Assinatura do Herdeiro Legal:			
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18		Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		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):			
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:	PAULO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS		2 - Nome completo:	MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA	
CPF:	035.805.833-36	Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18	CPF:	072.164.643-38
Assinatura:	Paulo Henrique de S. Santos		Assinatura:	Mirila Pereira da S. Sousa	



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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:**

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. 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.
5. 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.
6. 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:	15/07/18
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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
					Nº vivos: 02 Nº 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:	MIRIAN DA SILVA BONFIM		Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087.253.153-82
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18		Assinatura do Herdeiro Legal:		Mirian da Silva Bonfim	
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18		Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		Francisca Regina da Silva	
Nome completo:	MIDIANE DA SILVA BONFIM		Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092.813.173-46
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18		Assinatura do Herdeiro Legal:			
Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18		Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		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):			
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:	PAULO HENRIQUE DE SOUSA SANTOS		2 - Nome completo:	MIRLA PEREIRA DA SILVA SOUSA	
CPF:	035.805.833-36	Local/data:	D. LOBÃO-P, 10/09/18	CPF:	072.164.643-38
Assinatura:	Paulo Henrique de S. Santos		Assinatura:	Mirila Pereira da S. Sousa	





# DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. 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.
5. 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.
6. 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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	Nº vivos:	02	Nº falecidos:	<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:	
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:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

## Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	MIRIAN DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087-253-153-82
----------------	------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

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

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

Nome completo:	MEDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092-813-173-46
----------------	-------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

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):
-------------	---

## TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	2 - Nome completo:	FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
--------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------

CPF:	741-184-983-91	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18	CPF:	022-560-473-69	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18
------	----------------	-------------	-----------------------	------	----------------	-------------	-----------------------

Assinatura:	<i>José Leite Pereira Neto</i>	Assinatura:	<i>Francisco de Assis Pereira da Silva</i>
-------------	--------------------------------	-------------	--

# DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. 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.
5. 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.
6. 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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	Nº vivos:	02	Nº falecidos:	<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:	
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:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

## Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	MIRIAN DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	087-253-153-82
----------------	------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

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

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

Nome completo:	MEDIANE DA SILVA BONFIM	Grau de parentesco com a vítima:	FILHA	CPF:	092-813-173-46
----------------	-------------------------	----------------------------------	-------	------	----------------

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):
-------------	---

## TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	JOSÉ LEITE PEREIRA NETO	2 - Nome completo:	FRANCISCO DE ASSIS PEREIRA DA SILVA
--------------------	-------------------------	--------------------	-------------------------------------

CPF:	741-184-983-91	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18	CPF:	072-560-473-69	Local/data:	TERESINA-PI, 01/08/18
------	----------------	-------------	-----------------------	------	----------------	-------------	-----------------------

Assinatura:	<i>José Leite Pereira Neto</i>	Assinatura:	<i>Francisco de Assis Pereira da Silva</i>
-------------	--------------------------------	-------------	--