

---

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10504741

a/c: ELAINE CRISTINA DA SILVA

**Sinistro:** 3160335627 ASL-0901439/16  
**Vitima:** MARIA JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/12/2014  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital  
Certidão de Óbito

NOME:

MARIA JOSÉ DA SILVA

MATRICULA:

074997 01 55 2015 4 00203 067 0104847 63



SEXO Feminino		COR Parda		ESTADO CIVIL E IDADE Solteira, 54 anos	
NATURALIDADE Riocho das Almas, Pernambuco			DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG 6657968 SSP/PE		ELETOR Sim
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filha de Pedro Lucas da Silva e de Maria Julia da Silva. Residência da falecida: rua Mato Grosso nº 278, Centenário, Garuaru Pernambuco					
DATA E HORA DO FALECIMENTO Treze de janeiro de dois mil e quinze, às			HIA 13	MÊS 01	ANO 2015
LOCAL DO FALECIMENTO No Hospital da Restauração, Recife-PE					
CAUSA DA MORTE Choque no curso do tratamento de traumatismo crânioencefálico, produzido por instrumento contundente					
SIMULTANEO / CEMATÓRIO Cemitério Parque dos Arcos, Garuaru-PE			DECLARANTE Sílvia Bermano Ferreira Cavalcanti, brasileira, CIRC nº 1337263 SSP/PE, motorista, casado, residente Av. Caxangá, 1424, Cordero, Recife-PE		
NOME E Nº DO DOCUMENTO DOS MÉDICOS QUE ATESTOU(A)RAM O ÓBITO José Marcelo Cavalcanti de Lira, CRM 8930					
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro C-203, às folhas 67 sob o nº 104847. Data do registro: 15 de janeiro de 2015. Data do óbito: 13 de janeiro de 2015. Profissão da falecida: Cozinheira. Data de nascimento da falecida: 8 de junho de 1960. Era eleitora. Solteira. A falecida deixa filhos, não deixa bens Não constam averbações à margem do termo.					

Nome do Ofício  
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Recife, 15 de Janeiro de 2015.

Official Registrar

Bel.<sup>a</sup> Marcia Antonio de Azevedo Beltrão Junior-1º substituto  
Bel.<sup>a</sup> Rafaela Raquel Gouveia Vanderlei-2ª substituta

Município/UF  
Recife-PE

Endereço  
Av. João de Barros, 1750 Lojas 02/04, Espinheiro

Self: 0074997.NXP11201401.20887

Consulte autenticidade em [www.tpe.us.br/selodigital](http://www.tpe.us.br/selodigital)

Claide Amélia Gouveia Vanderlei  
Oficiala

ARUANA SEGUROS

31 MÃI 2016

ATO GRATUITO

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU EMISSÃO INVÁLIDA ESTE DOCUMENTO

## Estado de Pernambuco

SEGUNDO SERVIÇO NOTARIAL E PROTESTO DE CARUARU - PE

**Rosemary da Silva Vieira - PABENA**  
RUA UROGUAIO FORTES 55 - CENTRO - CEP 12004-400 - PIRACATUBA/SP FONE (13) 3371-3731/3371-3731 - 3371-2799 - 3371-2799 E-MAIL: rosmari@pabena.com.br

CONFIR: esta conforme o original que me foi apresentado, do fe.

Selo: 0077073.JUD02201601.11369

CARUARU, 16/03/2016 15:54:01

Flavia Aquilar L. C. de Melo

Emolumentos R\$3,10    FSR R\$0,62    Total a Pagar R\$3,72    Oper. THIAGO

Consulte autenticidade em: [www.bpe.br/eleidigital](http://www.bpe.br/eleidigital)



**CONFERIDO**  
425  
Diogo de Lima Carvalho

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LEONARDO CIRINO SILVA

RG nº 9267956, data de expedição 14/10/15, Órgão SDS-PE,

CPF nº 775966444-78, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 3 \*T3\*



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DA CRUZ</u>
Número	<u>Nº 30</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>MORRO DO BOM JESUS</u>
Cidade	<u>CARUARU</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55008-280</u>
Telefone de Contato	<u>87-996320025</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

ARUANA SEGUROS

31 MAI 2016

Local e Data: CARUARU 26-05-16

Assinatura do Declarante:

Leonardo Cirino Silva



Atendimento Claro - Lique 1052  
Auto-Atendimento - Lique \*1052#  
Na Web - [www.claro.com.br/minhaclaro](http://www.claro.com.br/minhaclaro)  
Visite nosso site: [www.claro.com.br](http://www.claro.com.br)

SRA ELAINE CRISTINA DA SILVA  
R DA CRUZ 30  
MORRO DO BOM JESUS  
55008 - 280 CARUARU PE

Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
81 9371 3755	de 18/11/2014 a 20/11/2014	15/12/2014	R\$ 31,90

**Veja aqui o que está sendo cobrado**

Individuais	
Assinatura Controle	R\$ 31,90
Total do Mês	R\$ 31,90

<b>Total a Pagar</b>	<b>R\$ 31,90</b>
----------------------	------------------

Detalhes do seu plano e serviços.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

002-618869239-7

02/Jan/2015

HORA DE 18:17:31

LOT. 15.06280-3

TERM 022463

LOCALIDADE: CARUARU

AG. VINCULADA: 3016

COMPROVANTE DE PAGAMENTO  
CLARO NE DDD 81 A 89

VALOR DO PAGAMENTO: 31,90

848800000008 319002212013  
412151538076 986001181226

002-618869239-7

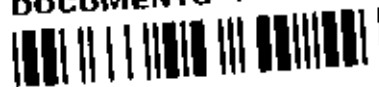
VIA DO CLIENTE

Devidor do Cliente,  
paga débitos de meses anteriores.

Na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor das  
faturas) e nº da reclamação registrada na prestadora.

ARUANA SEGUROS

31 MAI 2016



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima MARIA JOSE DA SILVA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 27/12/14, faleceu em 23/07/15, no estado civil de SOLTEIRA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorçado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	ELAINE CRISTINA DA SILVA	FILHA	6727928	048294744-67
2.	LEONARDO CIRINO SILVA	FILHO	9267956	775966444-78
3.	ANNA KELLY CIRINO DA SILVA	FILHA		770733754-01
4.				
5.				

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima ☒ não deixou companheira(o) ou ☐ deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

CARUARU 26-05-76  
LOCAL E DATA

CARUARU 26-05-76  
LOCAL E DATA

CARUARU 26-05-76  
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Elaine Cristina da Silva  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Leonardo Cirino Silva  
ASSINATURA DO DECLARANTE



Anna Kelly Cirino da Silva  
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1	DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)			
	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
	1.			
	2.			

ARJANA SEGUROS

31 MAI 2016

DADOS DAS TESTEMUNHAS				
2	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
	EVILVERTE A. ROSAS	7057767	064850074-47	
	CAMILA GOIS F. G.	8608944	064824854-50	

## (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

EC5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE DEFESA SOCIAL E DEFESA CIVIL

*Maria Jose da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6.657.968

16/10/2012

<< MARIA JOSE DA SILVA >>

<< PEDRO LUCAS DA SILVA >>

<< MARIA JULIA DA SILVA >>

RIACHO DAS ALMAS - PE

08/06/1960

0008783 32 RIACHO DAS ALMAS-PE >>

983.583.754-68

3122

DOCUMENTO 4 \*T4%\*

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

983.583.754-68

Nome

MARIA JOSE DA SILVA

Nascimento

08/06/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ARUANA SEGUROS

31 MAI 2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE POLÍCIA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA SOCIAL

EC-5

*Leonardo Cirino Alves*

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.261.956 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/10/2015

NOME << LEONARDO CIRINO SILVA >>

FILIAÇÃO << REGINALDO CIRINO ALVES >>  
<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE CARUARU - PE DATA DE NASCIMENTO 23/01/1994

DOC. ORIGEM << 076042 01 55 1994 1 00009 260 0012801 23 CARUARU-PE >>

CPF 115.966.444-78

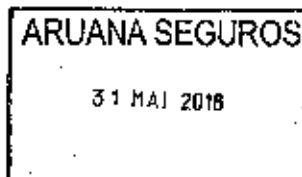
Ana Patrícia C.G. Alencar  
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

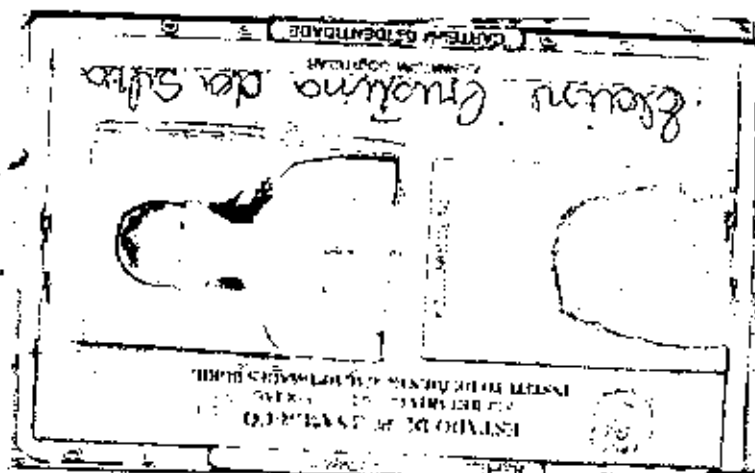
1015035992102132918.6560167 F-66 93.455 - 4431

ARUANA SEGUROS

31 MAI 2018







DOCUMENTO 3 \*T3\*



REPUBLICA DE PARAGUAY

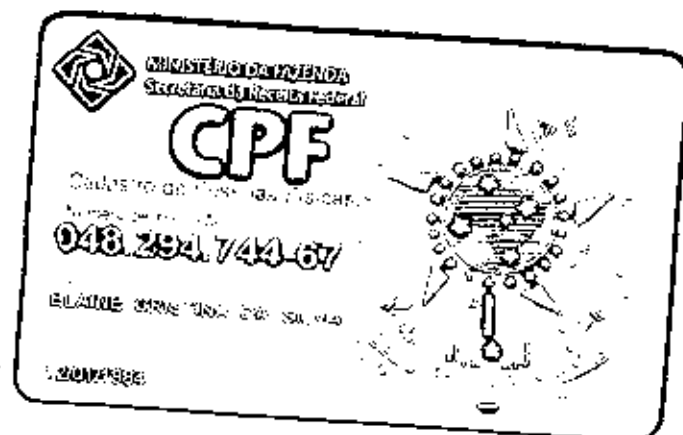
**TÍTULO ELEITORAL** IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
**ELAINE CRISTINA DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO: **12/01/1984** Nº de Registro: **0781.4389-0868** ZONA: **105** SEÇÃO: **0223**

MUNICÍPIO/UF: **CARUARUPE** DATA DE EMISSÃO: **18/11/2011**

JUIZ ELEITORAL: **[Signature]**



ARUANA SEGUROS

31 MAI 2010

6721928 31.08.2000

CRISTINA CRISTINA DA SILVA

Maria José da Silva

NACIONALIDADE: Caruaru-PE

CATADENCO: 12.01.1984

C.N. 40.508 L. 33 F. 243v, Cart.

10. Dist. Caruaru-PE

ASSINATURA DO ELEITOR

POLEGAR DIREITO

*Cristina Cristina da Silva*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 91729 Série 00120-7

Anna Kelly Lima da Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR



DOCUMENTO 4 "T400"



9

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data nasc.)

Nome	
Doc.	
Nome	
Doc.	
Nome	
Doc.	
Est. Civil	
Doc.	
Est. Civil	
Doc.	
Nascimento	
Doc.	

Assinatura do Funcionário  
JAMILE G. RODRIGUES  
MAT 345.862-8

Data Emissão 05/02/2015 SRTE

Obs. Sua Carteira

Exp. em / Estado /

Chegada ao Brasil em / Doc. Ident. Nº /

ESTRANGEIROS

Nome Anna Kelly Lima da Silva  
Loc. Nascimento PE Data 07/09/1999  
Filiação Rafaela da Silva  
Doc. Nº CN 19.430 116 114-15  
Cartões - PE

QUALIFICAÇÃO CIVIL

ARUANA SEGUROS

31 MAI 2016

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

## COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

710.733.154-01

Nome

ANNA KELLY CIRINO DA SILVA

Nascimento

07/09/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

C60A.FF20.7322.D882

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 08:46:17 do dia 05/02/2015 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

ARUANA SEGUROS

31 MAI 2016

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2016

Carta nº: 9249334

A/C: LEONARDO CIRINO SILVA

**Sinistro:** 3160335627 ASL-0901439/16  
**Vitima:** MARIA JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/12/2014  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2016

Carta nº: 9249335

A/C: LEONARDO CIRINO SILVA

Sinistro: 3160335627 ASL-0901439/16  
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA  
Data Acidente: 27/12/2014  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/12/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2016

Carta nº: 9249336

A/C: ELAINE CRISTINA DA SILVA

Sinistro: 3160335627 ASL-0901439/16  
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA  
Data Acidente: 27/12/2014  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/12/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

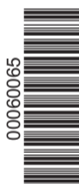
NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2016

Carta nº: 9249337

A/C: ELAINE CRISTINA DA SILVA

**Sinistro:** 3160335627 ASL-0901439/16  
**Vitima:** MARIA JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/12/2014  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2016

Carta nº: 9249338

A/C: ANNA KELLY CIRINO DA SILVA

**Sinistro:** 3160335627 ASL-0901439/16  
**Vitima:** MARIA JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/12/2014  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2016

Carta nº: 9249339

A/C: ANNA KELLY CIRINO DA SILVA

Sinistro: 3160335627 ASL-0901439/16  
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA  
Data Acidente: 27/12/2014  
Natureza: MORTE  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **31/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **27/12/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na ARUANA SEGUROS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10504487

a/c: ANNA KELLY CIRINO DA SILVA

**Sinistro:** 3160335627 ASL-0901439/16  
**Vítima:** MARIA JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/12/2014  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2017

Carta nº 10504685

a/c: LEONARDO CIRINO SILVA

**Sinistro:** 3160335627 ASL-0901439/16  
**Vítima:** MARIA JOSE DA SILVA  
**Data Acidente:** 27/12/2014  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

