

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01605-5

CONTA: 000000023035-9

Nr. Autenticação

BRADESCO1102201905000000000023701605000000023035337500 PAGO

BRADERCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAMILA DOS SANTOS REIS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03578-5

CONTA: 000000007873-5

Nr. Autenticação

BRADERCO1102201905000000000023703578000000007873337500 PAGO



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rosineide Jesus dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.046.654-9 EXPEDIDO POR Christina Polli EM 13/01/2018
 CPF 051642585-44 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcio Lima Reis, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 4874 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 15224-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Rio Real DATA 02/02/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Rosineide Jesus dos Santos

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISDPVAT - CÍDULO DE PAGAMENTO - 12-MR-2018 10:30 548624



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

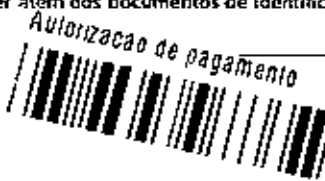
Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Rosmeide Jesus dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.046.654-9 EXPEDIDO POR Christina Reis EM 13/01/2018
 CPF 051642585-44 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcio Lima Reis AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU
 BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 - AGÊNCIA 4874 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 15224-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS. RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Rio Real DATA 02/02/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Rosmeide Jesus dos Santos

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0275 204.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 958.722.725-53 Nome completo da vítima: Marcio Laima Reis

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

Nome completo: Famila dos Santos Reis CPF: 078.838.745-60
Profissão: levarador Endereço: Rua Travessa Brasília Número: 275 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Rio Real Estado: BA CEP: 48.330.000
E-mail: laima483@gmail.com Tel.(DDD): (75) 9 9889-2402

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____ Autorização de pagamento

AGÊNCIA: 3578 5 CONTA: 7873 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: 17/10/2017
Grau de Parentesco com a vítima: Filho Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 2 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Marcio dos Santos Reis
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas 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 dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



2000 9 21 14:44

1980年：6月、7月、8月、9月
1981年：1月、2月、3月、4月

ISSN: 0722-2020 HMDR 2014 : 21(2):49

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 958.722.725-53 Nome completo da vítima: Marcio Bispo Reis

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

Nome completo: Mauricio Santos Reis CPF: 085.135.965-58
Profissão: Estudante Endereço: Rod BR 101 km 10 de Gen Número: 1685 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Terintópolis Estado: SE CEP: 49.270-000
E-mail: linolde481@gmail.com Tel. (DDD): (75) 99889-2402

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____ Autorização de pagamento

AGÊNCIA: 1605 5 CONTA: 0023035 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado _____
Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Romildo Jesus dos Santos
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ovidorta: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas 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 dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

مجلسه ۱۰۰۰

١٣٠

1605 5 0023035 9

422

2010年12月25日

1900-1901 1902-1903 1903-1904 1904-1905 1905-1906 1906-1907 1907-1908 1908-1909 1909-1910 1910-1911 1911-1912 1912-1913 1913-1914 1914-1915 1915-1916 1916-1917 1917-1918 1918-1919 1919-1920 1920-1921 1921-1922 1922-1923 1923-1924 1924-1925 1925-1926 1926-1927 1927-1928 1928-1929 1929-1930 1930-1931 1931-1932 1932-1933 1933-1934 1934-1935 1935-1936 1936-1937 1937-1938 1938-1939 1939-1940 1940-1941 1941-1942 1942-1943 1943-1944 1944-1945 1945-1946 1946-1947 1947-1948 1948-1949 1949-1950 1950-1951 1951-1952 1952-1953 1953-1954 1954-1955 1955-1956 1956-1957 1957-1958 1958-1959 1959-1960 1960-1961 1961-1962 1962-1963 1963-1964 1964-1965 1965-1966 1966-1967 1967-1968 1968-1969 1969-1970 1970-1971 1971-1972 1972-1973 1973-1974 1974-1975 1975-1976 1976-1977 1977-1978 1978-1979 1979-1980 1980-1981 1981-1982 1982-1983 1983-1984 1984-1985 1985-1986 1986-1987 1987-1988 1988-1989 1989-1990 1990-1991 1991-1992 1992-1993 1993-1994 1994-1995 1995-1996 1996-1997 1997-1998 1998-1999 1999-2000 2000-2001 2001-2002 2002-2003 2003-2004 2004-2005 2005-2006 2006-2007 2007-2008 2008-2009 2009-2010 2010-2011 2011-2012 2012-2013 2013-2014 2014-2015 2015-2016 2016-2017 2017-2018 2018-2019 2019-2020 2020-2021 2021-2022 2022-2023 2023-2024 2024-2025 2025-2026 2026-2027 2027-2028 2028-2029 2029-2030 2030-2031 2031-2032 2032-2033 2033-2034 2034-2035 2035-2036 2036-2037 2037-2038 2038-2039 2039-2040 2040-2041 2041-2042 2042-2043 2043-2044 2044-2045 2045-2046 2046-2047 2047-2048 2048-2049 2049-2050 2050-2051 2051-2052 2052-2053 2053-2054 2054-2055 2055-2056 2056-2057 2057-2058 2058-2059 2059-2060 2060-2061 2061-2062 2062-2063 2063-2064 2064-2065 2065-2066 2066-2067 2067-2068 2068-2069 2069-2070 2070-2071 2071-2072 2072-2073 2073-2074 2074-2075 2075-2076 2076-2077 2077-2078 2078-2079 2079-2080 2080-2081 2081-2082 2082-2083 2083-2084 2084-2085 2085-2086 2086-2087 2087-2088 2088-2089 2089-2090 2090-2091 2091-2092 2092-2093 2093-2094 2094-2095 2095-2096 2096-2097 2097-2098 2098-2099 2099-2100 2100-2101 2101-2102 2102-2103 2103-2104 2104-2105 2105-2106 2106-2107 2107-2108 2108-2109 2109-2110 2110-2111 2111-2112 2112-2113 2113-2114 2114-2115 2115-2116 2116-2117 2117-2118 2118-2119 2119-2120 2120-2121 2121-2122 2122-2123 2123-2124 2124-2125 2125-2126 2126-2127 2127-2128 2128-2129 2129-2130 2130-2131 2131-2132 2132-2133 2133-2134 2134-2135 2135-2136 2136-2137 2137-2138 2138-2139 2139-2140 2140-2141 2141-2142 2142-2143 2143-2144 2144-2145 2145-2146 2146-2147 2147-2148 2148-2149 2149-2150 2150-2151 2151-2152 2152-2153 2153-2154 2154-2155 2155-2156 2156-2157 2157-2158 2158-2159 2159-2160 2160-2161 2161-2162 2162-2163 2163-2164 2164-2165 2165-2166 2166-2167 2167-2168 2168-2169 2169-2170 2170-2171 2171-2172 2172-2173 2173-2174 2174-2175 2175-2176 2176-2177 2177-2178 2178-2179 2179-2180 2180-2181 2181-2182 2182-2183 2183-2184 2184-2185 2185-2186 2186-2187 2187-2188 2188-2189 2189-2190 2190-2191 2191-2192 2192-2193 2193-2194 2194-2195 2195-2196 2196-2197 2197-2198 2198-2199 2199-2200 2200-2201 2201-2202 2202-2203 2203-2204 2204-2205 2205-2206 2206-2207 2207-2208 2208-2209 2209-2210 2210-2211 2211-2212 2212-2213 2213-2214 2214-2215 2215-2216 2216-2217 2217-2218 2218-2219 2219-2220 2220-2221 2221-2222 2222-2223 2223-2224 2224-2225 2225-2226 2226-2227 2227-2228 2228-2229 2229-2230 2230-2231 2231-2232 2232-2233 2233-2234 2234-2235 2235-2236 2236-2237 2237-2238 2238-2239 2239-2240 2240-2241 2241-2242 2242-2243 2243-2244 2244-2245 2245-2246 2246-2247 2247-2248 2248-2249 2249-2250 2250-2251 2251-2252 2252-2253 2253-2254 2254-2255 2255-2256 2256-2257 2257-2258 2258-2259 2259-2260 2260-2261 2261-2262 2262-2263 2263-2264 2264-2265 2265-2266 2266-2267 2267-2268 2268-2269 2269-2270 2270-2271 2271-2272 2272-2273 2273-2274 2274-2275 2275-2276 2276-2277 2277-2278 2278-2279 2279-2280 2280-2281 2281-2282 2282-2283 2283-2284 2284-2285 2285-2286 2286-2287 2287-2288 2288-2289 2289-2290 2290-2291 2291-2292 2292-2293 2293-2294 2294-2295 2295-2296 2296-2297 2297-2298 2298-2299 2299-2300 2300-2301 2301-2302 2302-2303 2303-2304 2304-2305 2305-2306 2306-2307 2307-2308 2308-2309 2309-2310 2

— 10 —

particular



DARTMOUTH
COLLEGE

Page 15 of 22

DISC VER



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

3170606050

CAMPO PRELIMINAR



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Valdirene Maria Medeiros do Nascimento
 PORTADOR(A) DO RG Nº 853.182 EXPEDIDO POR ES-55P/56 EM 13/03/2012
 CPF 4783866760-72 / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO TRP. Laboratório
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcio Vinícius Reis AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

RECEBIDO

13 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 2382 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 4869-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Aracaju - SEDATA 12/06/2019ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Valdirene Maria Medeiros do Nascimento

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA
Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

071-37800910-4

12/MAR/2019

HORA DE 15:16:07

LOT: 22.025004-8

TERM: 059884

LOCALIDADE: CRISTINAPOLIS

AG. VINCULADA: 4874

CONTROLE: 879732852

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2382 013 00004859-6

VALDIRENE MA M NASCIMENTO

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

071-37800910-4

1ª VIA

CAIXA
Loterias

CAIXA
Loterias



Gerado por: FRANS

Boletim de ocorrência

CERTIDÃO



Boletim de Ocorrência

Número: 2º CRPN R REAL-BO-17-01541

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Servidor: 203507605 - FRANCIVAL CARDOSO DE JESUS

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☒	BO em cópia simples
☐	Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☐	Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação	
Seguradora Líder - DPVAT	

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Classificação: Acidente de Veículo

Data: 15/10/2017 às 18:30h

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE QUE NA DATA DE 15/10/2017, POR VOLTA DAS 18:30HS, SEU COMPANHEIRO MARCIO LIMA REIS, TRANSITAVA NA BA 396 SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI ANO 2015, MODELO 2015, COR VERMELHA, PLACA QKS3284, LICENÇA DE CAPELA/SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA SANTOS DE ALMEIDA, AO PASSAR POR CIMA DE UM QUEBRA-MOLAS QUE FICA EM FRENTE AO HOTEL WD, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, COLIDIU EM UM CAVALO E FOI ARREMESSADO CAINDO NA RODOVIA BATENDO A CABEÇA NO SOLO ONDE SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO; QUE MÁRCIO LIMA REIS, FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO REAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, EM RAZÃO DA GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DANTAS BIAO ONDE DEU ENTRADA ÀS 21HS:29; QUE MARCIO LIMA REIS, PERMANECEU INTERNADO NO HOSPITAL DANTAS BIAO EM COMA E EVOLUIU PARA ÓBITO NA DATA DE 17/10/2017; É O REGISTRO.

Endereço Principal: R. RUY BARBOSA - BA 396, CENTRO, RIO REAL, BA - BR CEP:

48330-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

Envolvimento

VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, Alcunha: VALDIRENE,

Comunicante

Sexo Feminino, Mãe: VANUSA BARBOSA DA CONCEIÇÃO, Pai: DAMIÃO

PLACIDO DA CONCEIÇÃO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade:

Palmeira dos Índios (AL) - ALAGOAS - BRASIL, Nascido em: 11/11/1969,

Companheiro, Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R. BENTO

DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR, Telefone Celular:

79996863478, E-mail: valdirenemedeiros69@hotmail.com, Religião:

Catolicismo

MARCIO LIMA REIS, Nome Social: MARCIO REIS, Carteira de Identidade:

Vítima (Fato Não

07633921-11 SSP/BA, Alcunha: MARCIO, Sexo Masculino, Mãe: IVONE

Delituoso)

LIMA REIS, Pai: EDENESIO VALENTIM DOS REIS, Nacionalidade:



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ª CRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Pessoa Física

Envolvimento

Brasileira, Naturalidade: Rio Real (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em:
19/02/1978, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R.
BENTO DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR

Objetos Envolvidos

Descrição

VEI-17-51732 - Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN
ESDI ANO 2015/MODELO 2015, PLACA QKS3284, CAPELA/
SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, COR VERMELHA,
RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA
SANTOS DE ALMEIDA.

Envolvimento

Danificado

Pessoa Relacionada com o Objeto

Tipo de Relacionamento

Responsável:

JOBSON LUCAS MARQUES

Código de autenticidade da certidão: 50effa65-4214-47e9-b8a5-00f09b13ca3c

Para verificar a autenticidade desta certidão

acesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/> --



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Segurança Pública
Polícia Civil

Emissão: 17/02/2018 às 16:22h
Unidade de Emissão: 2ª COORPIN - RIO REAL
SIGIP - Sistema de Informação e Gestão Integrada Policial

Gerado por: ALFRENETO MOREIRA BISPO

CERTIDÃO

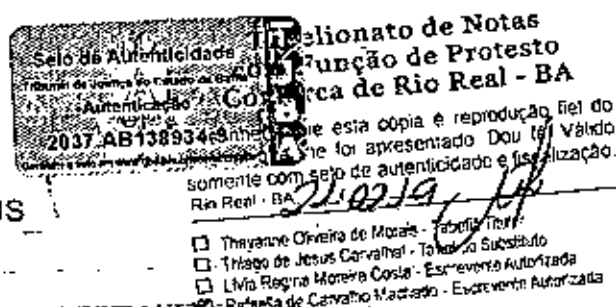
Boletim de Ocorrência

Número: 2ª CRPN R REAL-BO-17-01541
Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL
Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL
Servidor: 203507605 - FRANCIVAL CARDOSO DE JESUS



Dados do Fato

Tipo: Não delituoso
Data: 15/10/2017 às 18:30h

Classificação: Acidente de Veículo

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE QUE NA DATA DE 15/10/2017, POR VOLTA DAS 18:30HS, SEU COMPANHEIRO MARCIO LIMA REIS, TRANSITAVA NA BA 396 SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI ANO 2015, MODELO 2015, COR VERMELHA, PLACA QKS3284, LICENÇA DE CAPELA/SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA SANTOS DE ALMEIDA, AO PASSAR POR CIMA DE UM QUEBRA-MOLAS QUE FICA EM FRENTE AO HOTEL WD, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, COLIDIU EM UM CAVALO E FOI ARREMESSADO CAINDO NA RODOVIA BATENDO A CABEÇA NO SOLO ONDE SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO; QUE MÁRCIO LIMA REIS, FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO REAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, EM RAZÃO DA GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DANTAS BIÃO ONDE DEU ENTRADA ÀS 21HS:29; QUE MARCIO LIMA REIS, PERMANECERAM INTERNADO NO HOSPITAL DANTAS BIÃO EM COMA E EVOLUIU PARA ÓBITO NA DATA DE 17/10/2017; É O REGISTRO.

Endereço Principal: R. RUY BARBOSA - BA 396, CENTRO, RIO REAL, BA - BR CEP: 48330-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, Alcuha: VALDIRENE, Sexo Feminino, Mãe: VANUSA BARBOSA DA CONCEIÇÃO, Pai: DAMIÃO PLACIDO DA CONCEIÇÃO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Palmeira dos Índios (AL) - ALAGOAS - BRASIL, Nascido em: 11/11/1969, Companheiro, Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R. BENTO DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR, Telefone Celular: 79996863478, E-mail: valdirenemedeiros69@hotmail.com, Religião:

Catolicismo

MARCIO LIMA REIS, Nome Social: MARCIO REIS, Carteira de Identidade: 07633921-11 SSP/BA, Alcuha: MARCIO, Sexo Masculino, Mãe: IVONE LIMA REIS, Pai: EDENESIO VALENTIM DOS REIS, Nacionalidade:

Envolvimento

Comunicante

Vítima (Fato Não Delituoso)



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ºCRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Pessoa Física

Envolvimento

Brasileira, Nacionalidade: Rio Real (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em:
19/02/1978, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R.
BENTO DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR

Objetos Envolvidos

Descrição

Envolvimento

VEI-17-51732 - Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN
ESDI ANO 2015/MODELO 2015, PLACA QKS3284, CAPELA/
SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, COR VERMELHA,
RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA
SANTOS DE ALMEIDA.

Danificado

Pessoa Relacionada com o Objeto

Tipo de Relacionamento

Responsável:

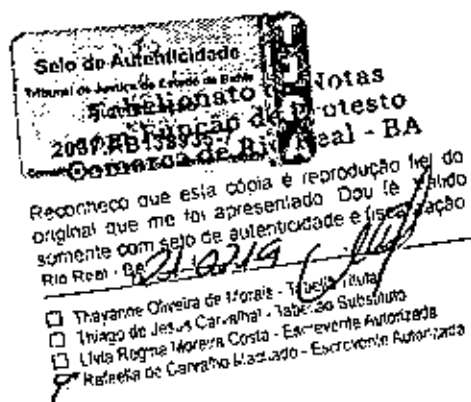
JOBSON LUCAS MARQUES

Secretaria de Segurança Pública
Estado da Bahia
Delegacia de Polícia de Jandair

Código de autenticidade da certidão: 50effa65-4214-47e9-b8a5-00f09b13ca3c

Para verificar a autenticidade desta certidão

acesse :<https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>



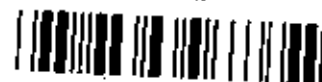


Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia
Ato Notarial ou de Registro
2036.AB024332-4
EM7D4SJA8Q
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certidão de nascimento



NOME
MÁRCIO LIMA REIS
MATRÍCULA

006700 01 55 1978 1 00039 072 0015433 84

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DEZENOVE DE FEVEREIRO DE UM MIL NOVECENTOS E SETENTA E OITO

DIA	MÊS	ANO
19	02	1978

HORA

08:00

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO/NATURALIDADE E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

RIO REAL/BA

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA
FEDERAÇÃO

RIO REAL-BA

LOCAL DE NASCIMENTO

MATERNIDADE MARIA AMÉLIA

SEXO

MASCULINO

FILIAÇÃO

PAI: EDENÉSIO VALENTIM DOS REIS
MÃE: IVONE LIMA REIS

AVÓS

AVÔ PATERNO: JOSÉ VALENTIM DOS REIS
AVÔ PATERNA: ISaura MARIA DE JESUS
AVÔ MATERNO: JOÃO BISPO DE LIMA
AVÔ MATERNA: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

Nada Consta.

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

AOS TRINTA E UM (31) DIAS DO MÊS DE JULHO (07) DO ANO DE UM MIL
NOVECENTOS E SETENTA E OITO (1978)

Nº DECLARAÇÃO
DE NASCIDO VIVO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

O Sr. de que trata o termo acima MÁRCIO LIMA REIS, faleceu em 17/10/2017, conforme consta no Livro C-21, fls. 177, Termo 8512 deste Cartório. Dou fé. Rio Real - BA, 19/10/2017. Thyanne Oliveira de Moraes - Oficiala.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE RCPN DE RIO REAL

OFICIAL(A): THYANNE OLIVEIRA DE MORAIS

MUNICÍPIO: RIO REAL-BA

ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA, S/N, CENTRO, CEP: 48330-000.
Tel.: (75)3426-2552

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO REAL, BA, 08 de Dezembro de 2017.

Assinatura do Oficial(a)

Thiago de Jesus Carvalho
Substituto Legal
Registro Civil das Pessoas Naturais
Rio Real - BA



Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de
Ato Notarial ou de Registro
2036.A0023411-2
PXXVSONIGO
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

MARCIO LIMA REIS

MATRÍCULA

006700 01 55 2017 4 00021 177 0008512 12

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	PARDA	SOLTEIRO, 39 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
RIO REAL-BA	CPF 95872272553 0763392111 SSP-BA	SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

PAI: EDENESIO VALENTIM DOS REIS

MÃE: IVONE LIMA REIS

RESIDÊNCIA: RUA BENTO DANTAS, N° 97, CENTRO, RIO REAL-BA

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DEZESSETE DE OUTUBRO DE DOIS MIL E DEZESSETE ÀS 13h30min

DIA MÊS ANO

17 10 2017

LOCAL DE FALECIMENTO

HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIÃO, ALAGOINHAS / BA

CAUSA DA MORTE

POLITRAUMATISMO, AÇÃO CONTUNDENTE, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

CEMITÉRIO LOCAL DE RIO REAL - BA

DECLARANTE

IVONE LIMA REIS, RG N° 02.398.936-03 SSP-BA E CPF N° 395.651.575-72, CASADO(A), DOMÉSTICA, residente RUA REGIS PACHECO, N° 89, CENTRO, RIO REAL - BA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr(a). JASMIRO PINTO DE JESUS (CRM 5286)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Data do registro: 19 de Outubro de 2017. O falecido(a) deixou bens: Não. Deixou filhos: Sim Quantidade: (2), sendo seu(s) filho(s): CAMILA DOS SANTOS REIS E MAYSA SANTOS REIS.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE RCPN DE RIO REAL

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO REAL, BA, 19 de Outubro de 2017.

OFICIAL(A): THAYANNE OLIVEIRA DE MORAIS
MUNICÍPIO: RIO REAL-BA
ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA, S/N, CENTRO, CEP: 48330-000.
Tel.: (75)3426-2552

Assinatura do Oficial

Thayanne Oliveira de Moraes
Oficial Titular
Registro Civil Das Pessoas Naturais
Rio Real - BA

BA 002297185 BRP

ARPENBRASIL

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia
Ato Notarial ou de Registro
2036.AB025331-1
30JO4240QJ
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade



Certidão de óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

MARCIO LIMA REIS

CPF

958.722.725-53

MATRÍCULA

008700 01 55 2017 4 00021 177 0008512 12

SEXO

MASCULINO

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

SOLTEIRO, 39 ANOS

NATURALIDADE

RIO REAL-BA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nada consta.

ELEITOR

NÃO

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

EDENESIO VALENTIM DOS REIS

IVONE LIMA REIS

RESIDÊNCIA: RUA BENTO DANTAS, N° 97, CENTRO, RIO REAL-BA

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DEZESSETE DE OUTUBRO DE DOIS MIL E DEZESSETE ÀS 13h30min

DIA

17

MÊS

10

ANO

2017

LOCAL DE FALECIMENTO

HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO, ALAGOINHAS / BA

CAUSA DA MORTE

POLITRAUMATISMO, AÇÃO CONTUNDENTE, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(município e cemitério, se conhecido)

CEMITÉRIO LOCAL DE RIO REAL - BA

DECLARANTE

IVONE LIMA REIS, RG N° 02.398.936-03 SSP-BA E CPF N° 395.651.675-72, CASADO(A), DOMÉSTICA, residente RUA REGIS PACHECO, N° 89, CENTRO, RIO REAL - BA.

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr(a). JASMIRO PINTO DE JESUS (CRM 6286)

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

Data do registro: 19 de Outubro de 2017. O falecido(a) deixou bens: Não. Deixou filhos: Sim Quantidade: (2), sendo seu(s) filho(s): CAMILA DOS SANTOS REIS E MAYSA SANTOS REIS.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
	0763392111		SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	

* As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessária para identificação de seu portador.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE RCPN DE RIO REAL

OFICIAL(A): THAYANNE OLIVEIRA DE MORAIS

MUNICÍPIO: RIO REAL-BA

ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA, S/N, CENTRO, CEP: 48330-000

TELEFONE: (75)3426-2552

E-MAIL:

Tabelionato de Notas
com Função de Protesto
Comarca de Rio Real - BA.

Reconheço que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé.

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia
Autenticação
2037.AB138933-0
Consulte o site do cartório em: www.tjba.jus.br/autenticidade

Thayanne Oliveira de Moraes - Tabelião Titular
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia - Tabelião Substituto
Juiz de Paz e Promotor Público - Escrevente Autógrafo
2ª Vara de Família e Sucessões - Escrevente Autógrafo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO REAL, BA, 20 de Fevereiro de 2018.

Assinatura do Oficial(a)

Thayanne Oliveira de Moraes
Oficial Titular
Registro Civil das Pessoas Naturais
Rio Real - Bahia

ARPENBRASIL BA 002615623 BRP

Comprovante de residencia



CNPJ 13.504.875/0001-10 INSC. EST. 00685571
Centro Administrativo da Bahia - CAB, 4ª Av. Nº 429 - CEP 41.745-002

Código Débito Automático
Matrícula

063273225

Mes/Ano de Cidade de Inscrição

10/2017 4 0049 3 01.1745.1.0001.0275.0

Vencimento

13/10/2017

Nome/Endereço para entrega

MARIA DAS VIRGENS DOS SANTOS

RU PRIMEIRO DE JULHO, 275

RIO REAL

MARAJAS

CEP - 48.330-000

Nº Hidrômetro	Cód. Leitura	Leitura Atual	Leitura Anterior	Dias de Cons.	Período de Consumo
Y17S333766		14	5	29	07/08 A 05/09

Endereço da Ligação

RU PRIMEIRO DE JULHO, 275

MARAJAS

RIO REAL

Especificação

Valores em R\$

CONJ. AGUA	SM1	30,77
UTICA REPER. AIS: CONTRA(S) 10 1117		0,55
UTICA DE KORA - CONTRA(S) 10 1117		0,16

Tarifa RES-0001

Fórmula de
Consumo (m³) VL Unit.(R\$) X Cons.(m³) X UC = Valor(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE

ATE	5 MINIMO	6	27,30
>	6 1,09	3	3,27

TOTAL A PAGAR EM R\$

31,48

ESGOTO(% Água) VL Total

TOTAL AGUA	30,77	0,00	30,77
TOTAL ESGOTO		0	0,00

INFORMAÇÕES DE CONTRIBUIÇÃO	REPOSTO	BASE DE CÁLCULO R\$	TAXAS R\$	
			PIS	COFINS
		31,32	1,130	0,35
			5,450	1,71

Consumo dos últimos meses

Mês/Ano	Consumo (m³)
10/2017	9
09/2017	10
09/2015	0
08/2015	0
07/2015	0
06/2015	0

ECONOMIZE AGUA - UMA TORNEIRA PINGANDO DURANTE UM MES REPRESENTA UM ACRESCIMO DE 1380 LITROS.

DECRETO FEDERAL Nº 5.440 / 2005			
Parâmetros	Nº de Amostras - Rede		
	Exigidas	Analisadas	Em conformidade
Cor - 15 UH	0005	0042	0042
Turbidez - 5,0 UT	0047	0010	0010
Cloro - Mín. 0,2 mg/l	0047	0047	0047
Escherichia Col - (*)	0047	0047	0047
Coliformes Totais	0047	0047	0047
Fator (*)			

Água fluorada com teor máximo permitido de até 1,5mg/L de flúor.
Sinalização dos parâmetros de qualidade da água

Cor: cor devida a partículas dissolvidas na água;
Turbidez: cor devida a partículas em suspensão, que detêm a água com aparência turva;
Cloro: produto químico utilizado para eliminar bactérias;
Coliformes Totais: indicador utilizado para medir contaminação por bactérias;
Escherichia Col (*): indicador utilizado para medir contaminação fecal;
Fator (*): produto químico adicionado à água para prevenir odores e sabores.

(*) Sistemas que analisam 40 ou mais amostras/mês, ausência em 95% das amostras examinadas.
(*) Sistemas que analisam menos de 40 amostras/mês, apenas uma amostra poderá apresentar mensalmente resultado positivo.
(**) Alguns sistemas podem não estar sendo fluorados.
Obs: Detectadas anomalias, medidas corretivas são adotadas para o retorno à normalidade.

UH = Unidade de Cor UT = Unidade de Turbidez

CONDIÇÕES GERAIS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: LEI FEDERAL 11.445/07, LEI ESTADUAL 11.172/00, DECRETO 7.765/00 E RESOLUÇÃO N.001/11 - CORESAB.

Unidade de Consumo - UG (Apartamentos residenciais) 0001

Consumo Médio por Unidade (m³) 9

Consumo Médio Mensal / Ligação 9

O ATRASO DO PAGAMENTO DESTA CONTA IMPLICARÁ NA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS CONFORME LEI FEDERAL 11.445/07 E DECRETO FEDERAL 7.217/10.



Companhia Sul Sergipana de Eletricidade
Rua Capitão Selomão, 314-Centro Estância/SE
CEP: 49200-000 CNPJ: 12.255.958/0001-88
www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

101058 / 1

MARIA DAS GRAÇAS JESUS DOS SANTOS

ROD BR CRIST P/T DO GERU, 1885,
ROD CRISTINÓPOLIS P/T DO GERU - Cristinápolis/SE - 48.279-000 Idor: 4774767 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
12/2018	62	06/01/2019	20,09

DADOS CADASTRAIS	DADOS DE FATURAMENTO
Tarifa Convencional CNPJ/CPF: 044.048.495-24 Grupo/Subgrupo: B - 011 Ligação Monofásica Classe: RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - HIS 16606739490 TSEE criada pela lei nº 10.438 de 26/04/2007 Tensão de Fornecimento (V): 127 Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133 LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 101058	Emissão: 19/12/2018 Mês/Ano Faturamento: 12/2018 Lectura atual: (19/12/2018) 6067 Lectura anterior: (20/11/2018) 6005 Próxima leitura: 18/01/2019 Consumo Médio (kWh): 62 Consumo Diário (kWh): 2,13 Dias de Consumo: 29 Ocorrência do Mês: Lido Módulo kWh últimos 12 meses: 78

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh	IDENTIFICAÇÃO
Mês/Ano Consumo Dias Pagamento Valor R\$	Nota Fiscal / Série 60 858 550 / B
12/2018 62 Lido Em aberto 20,09	03 051 6201804954 24
11/2018 74 Lido Em aberto 30,67	Local de Entrega: 1
10/2018 77 Lido Em aberto 28,14	COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$
09/2018 73 Lido 22/10/18	(Art. 31, resolução 166/2005 - ANEEL)
08/2018 79 Lido 04/09/18	Energia: 34,20% 5,71
07/2018 81 Lido 08/08/18	Distribuição: 26,30% 5,16
06/2018 67 Lido 22/10/18	Transmissão: 7,30% 1,43
05/2018 85 Lido 26/06/18	Energias Saneamento: 7,40% 1,45
04/2018 80 Lido 20/05/18	Tributos: 24,80% 4,87
03/2018 84 Lido 25/04/18	Outros: 0,40
02/2018 90 Lido 27/03/18	TOTAL: 20,09
01/2018 63 Lido 15/02/18	
12/2017 57 Lido 10/01/18	

ITENS FATURADOS	REAVISO DE FATURA VENCIDA
Descrição Qtd. Vl. Unit. Valor(R\$)	Informamos que até o momento não registramos o pagamento do(s) débito(s) relacionado(s) abaixo
CONSUMO 30 x 0,71633 = 6,54	
CONSUMO 32 x 0,37430 = 11,97	
ADIC. BANDA AMARELA 21 x 0,00429 = 0,09	
PIS 0,18	MÊS/ANO VALOR
COFINS 0,85	11/2018 R\$ 30,67
	10/2018 R\$ 28,14

Comprovante de residência

Cópiamos d
CIP- Prefeitura Municipal



TOTAL A PAGAR R\$ 20,09

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)	DADOS TÉCNICOS
ICMS	0,00	ISENTO	0,00	Inst. transformadora: 1030042
PIS/PASEP	18,54	0,94	0,18	Número do medidor: 4774767
COFINS	18,54	4,34	0,85	Fator de multiplicação: 1,000
				Tipo de ligação: Monofásico

INDICADORES DE CONTINUIDADE
Consumo TOMAR DO GERU Referência: 10/2018
EUSD: 18,63
O consumidor tem o direito de solicitar a distribuição e a atualização dos indicadores G, C, F, C, D, M, A, C e D, C, C, F, e a qualquer tempo.
O consumidor tem o direito de receber uma compensação caso sejam violados os limites de continuidade individuais estabelecidos.
Reservado ao Fisco: 2F45 8C1B 91F4 3C4D 3F33 9AB4 3530 062C

Rss:App(2395188)andPclm2:mpm01/06/2018

MENSAGEM

Serviço Técnico 21,50

A conta normal de consumo seria R\$ 40,10, porém tem um desconto da Tarifa Social de R\$ 21,50, resultando a ser pago R\$ 18,60, que com os demais valores atípicos discriminados totaliza R\$ 20,09.



NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Sul Sergipana de Eletricidade
Rua Capitão Selomão, 314-Centro Estância/SE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, VALDIRSON MARIA MENDONÇA DO NASCIMENTO

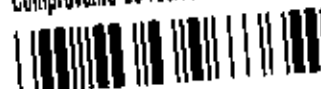
RG nº 853.187, data de expedição 15/12/11

Órgão SSP/SE, CPF nº 448.866.765-72

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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua MARCOS ANTONIO DOS SANTOS</u>
Número	<u>14</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Buçu</u>
Cidade	<u>Aracaju</u>
Estado	<u>SE</u>
CEP	<u>49091-090</u>
Tel. de contato	<u>(79) 499957633</u>
E-mail	

Comprovante de residência



Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Aracaju SE, 01/04/2019.

Valdirson Maria Mendonça do Nascimento

Assinatura do Declarante



DESO - Rua Campos do Jordão, 101, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49091-090
CNPJ: 13.048.714/0001-00 - INSC. EST. 02.041.070-6

FATURA MENSAL *

060381.3

Nome do Cliente
DANTAS PLACIDO DA CONCEICAO

Endereço
RUA NANDEL ANDRE DOS SANTOS, 14, ARACAJU, 49091-090

Identificação do Cliente	Data de Emissão	Medição	Classificação / Informação
021007/00021	14/03/2019	A15N262639	RES: 2

Leit. Anterior	991	HISTÓRICO DE CONSUMO	
Leit. Atual	1015		
Consumo Faturado (m³)	24	REF.	(m³)
Média de consumo (m³)	25	02/19	00024
Ocorrência de Leitura		01/19	00028
Data da Leit. Anterior	12/02/19	12/18	00030
Dias de Consumo	30	11/18	00028
Média diária (m³)	0,83	10/18	00020
Previsão para Próx. Leit.	13/04/19	09/18	00024

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
COFINS: 6,30 PASEP: 1,80

Serviços	Valor
AGUA	109,24
ESGOTO	0,00

Período de Referência	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/2019	21/03/2019	109,24

"REAJUSTE TARIFÁRIO E DE SERVIÇOS APROVADO E PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL EM 31/01/2019 DE 5,89%, A SER APLICADO NAS FATURAS ENTIAS A PARTIR DE 01/03/2019"

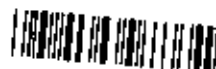
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção de fornecimento de serviços - art 93, Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/engenhariavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.410/2005 - Art.6º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fóforo	Coliformes Totais	Exigência Col
Nº Mínimo de Amostras Efêmeras	244	66	244		244	
Nº de Amostras Análises	409	409	409		409	409
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria 291/2011	361	339	395		407	409

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 MARCIO SIMÃO REIS em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 15/10/17, faleceu em 17/10/17, no estado civil de Solteiro (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE(*)	RG	CPF
1. <u>Marilda dos Santos Reis</u>	<u>Filha</u>	<u>50.406.729-2</u>	<u>048.858.725-60</u>
2. <u>Marcia dos Santos Reis</u>	<u>Filha</u>		<u>085.135.965-58</u>
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), 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.

Rio de Janeiro 25-10-17
LOCAL E DATA

Marilda dos Santos Reis
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

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. <u>Rosimede Jesus dos Santos</u>	<u>2.046.657-9</u>	<u>051.642.585-94</u>	<u>Rosimede Jesus dos Santos</u>
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Carmitide Príncipe dos Santos</u>	<u>08.513.663-84</u>	<u>994.844.395-00</u>	<u>Carmitide Príncipe dos Santos</u>
2. <u>Patricia Soares dos Santos</u>	<u>15.970.547-98</u>	<u>062.486.645-95</u>	<u>Patricia Soares dos Santos</u>

(*) 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).



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

Nº do sinistro ou ASL: **3170606050** CPF da vítima: **958.722.72553** Nome completo da vítima: **MANCIO LIMA REIS**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO** CPF: **478.866.765-72**
Profissão: **AV. LABORATORIO** Endereço: **Rua Manoel Antonio dos Santos** Número: **74** Complemento: **12-12**
Bairro: **BV GIU** Cidade: **Aracaju** Estado: **SE** CEP: **49.090.000**
E-mail: **(19) 999957633**

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ 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 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ R\$20.001,00 ATÉ R\$25.000,00 ☐ R\$25.001,00 ATÉ R\$30.000,00 ☐ R\$30.001,00 ATÉ R\$35.000,00 ☐ R\$35.001,00 ATÉ R\$40.000,00 ☐ R\$40.001,00 ATÉ R\$45.000,00 ☐ R\$45.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ R\$50.001,00 ATÉ R\$55.000,00 ☐ R\$55.001,00 ATÉ R\$60.000,00 ☐ R\$60.001,00 ATÉ R\$65.000,00 ☐ R\$65.001,00 ATÉ R\$70.000,00 ☐ R\$70.001,00 ATÉ R\$75.000,00 ☐ R\$75.001,00 ATÉ R\$80.000,00 ☐ R\$80.001,00 ATÉ R\$85.000,00 ☐ R\$85.001,00 ATÉ R\$90.000,00 ☐ R\$90.001,00 ATÉ R\$95.000,00 ☐ R\$95.001,00 ATÉ R\$100.000,00 ☐ SEM RENDA

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0382** CONTA: **4869** **6**
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **17.10.2017**
Grau de Parentesco com a vítima: **COMPANHEIRA** Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **VALDIRENE MARIA M. DO NASCIMENTO**
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **02** Vítima deixou herdeiros (val nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

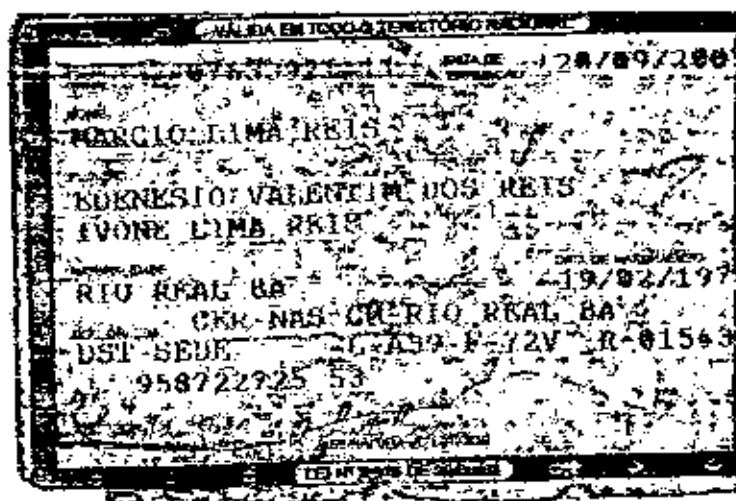
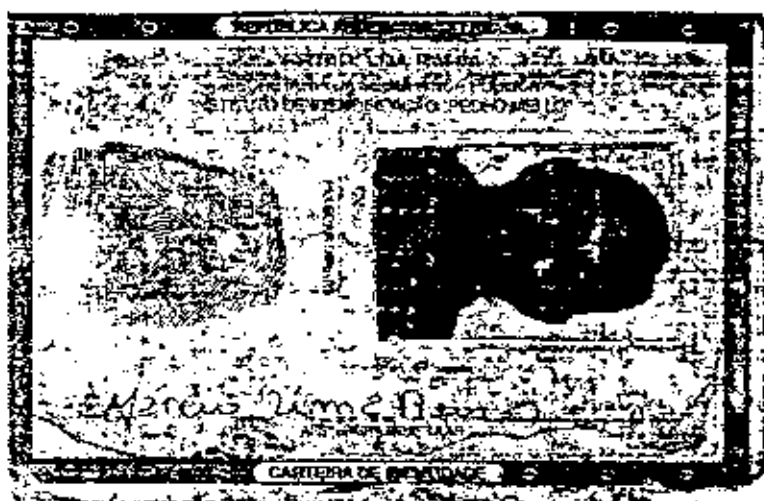
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além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

Local e Data: **ARACAJU SE, 01 DE ABRIL 2019**
Nome: **VALDIRENE MARIA M. DO NASCIMENTO**
CPF: **478.866.765-72**

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **ADILTON DA SILVA SANTOS**
CPF: **078.845.645-80**
Adilton da Silva Santos
Assinatura
2ª Nome: **JANETE ANDRADE DOS SANTOS**
CPF: **945.948.365-34**
Janete Andrade dos Santos
Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Valdirene Maria Medeiros do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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



Selo de Autenticidade

Tribunal de Justiça do Estado do Bahia

Autenticação

Tabulação de 2037 AB09/0984

Reconheço que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Deu-se a cópia em 19/02/2017.

- ☐ Evandro Gracia Cavalcante da Costa - Tabelião Judicial
- ☐ Gilson Tiago Gracia - Tabelião Substituto
- ☐ Livia Regina Moreira Costa - Escrevente Autorizada
- ☒ Rafaela da Costa do Machado - Escrevente Autorizada

Documentos de identificação



3830000 LIDER 00001 08 31-03-2017 17:21 529948 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2054-5

PROIBIDO PLASTIFICAR

Camila dos Santos Reis

20011001

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

50.166.729-2

20/OUT/2006

CAMILA DOS SANTOS REIS

MARCIO LIMA REIS

E MARIA DAS VIRGENS DOS SANTOS

RIO REAL -BA

10/NOV/1996

RIO REAL-BA

RIO REAL

CN: LV.A056/PLS.0287/N:035243

01.1.1.1

Distrito

1115 DE 2003

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

078.838.745-60

Nome

CAMILA DOS SANTOS REIS

Nascimento

10/11/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DE SÃO PAULO



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
085.135.965-58

Nome
MAYSA SANTOS REIS

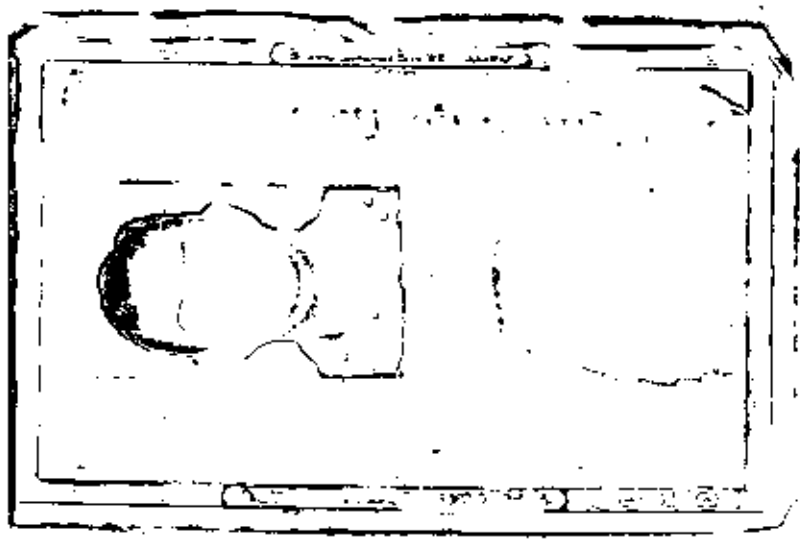
Nascimento
08/02/2015

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



SERVIÇO DE LIBER. PESSOAS DE 31-05-2017 17:21 329952 1/1



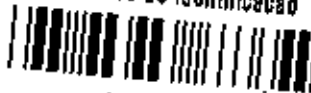
Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
10/09/2000	20/09/2000
FOTO LIGA REIS	
FOTOGRAFIA LIGA REIS	
LIGA REIS	
RIO REAL BA	10/09/2000
CNPJ 08.000.000/0001-00	
DST-BA	0.000.000/0001-00
950.000.000/0001-00	

SEMPRE EM LIGAÇÃO 12-09-2018 18:38 548623 14

Documentos de identificação



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA ESTADUAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. CARLOS MENDES



ROSEMEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTERA DE IDENTIDADE

PO. FORM. D. P. L. T. O.



Rosineide Jesus dos Santos

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

RG 2.046.657-9

2. VILA

ROSEMEIDE JESUS DOS SANTOS

ROSE HENRIQUES DOS SANTOS

INELA DOMINGOS DE JESUS

CRISTINAPOLIS-SE

DATA DE NASCIMENTO: 31/03/1987

DATA DE EMISSÃO: 13/01/2011

CI, NACIM. NR 9728 AN 24 PM 150

CHOCOT DO 3. OF JUST DA CI DE CRISTINAPOLIS-SE

051.642.585-44

EVERETT FRANKLIN DO SILVA

ASSINANTE DO REGISTRO DE CRISTINAPOLIS-SE

LEIA ATENTAMENTE

LEIA ATENTAMENTE

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

362-789519272-4

28/07/2017

LOI: 22.025084-9

LOCALIDADE: CRISTINAPOLIS

AG. VINCULADA: 4874

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PBLP CAIXA FÁCIL

NAME: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

AGENCIA: 4874

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.015.274-8

DATA DA ABERTURA: 28/12/2017

LOTÉRIAS-CAIXA

362-789519272-4

1ª VIA

SERVIÇO DE LÍDER ARQUIT LT 12-08-2018 18:30 548626 1/1

[illegible]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		10
ESTADO DE SERGIPE SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA COMISSARIA GERAL DE PESSOAS INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TOR CARLOS MENDES		10
10	FOTOGR. IDENT. 	10
10	10	10

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Av.
 362-709519272-4
 28/02/2017 HORA DE 14:51:40
 LOT: 22.025004-9 TERM: 05988
 LOCALIDADE: CRISTINAPOLIS
 RG, VINCULADA: 4874 CONTROLE: 352108330
 COMPROVANTE DE ABERTURA DE PDUP CAIXA FACIL
 NOME: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS
 AGENCIA: 48747
 OPERAÇÃO: 013
 CONTA-DV: 000.000.015.224-8
 DATA DA ABERTURA: 28/12/2017
 LOTERIAS CAIXA
 362-709519272-4
 1ª VIA

5280000000 4100 10000 12-18-2018 10:30 540526 100

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

07638921 41

20/09/2007

MARCIO LIMA REIS

EDENESIO VALENTIM DOS REIS

IVONE LIMA REIS

RIO REAL BA

19/02/1970

GER-NAB CM-RIO REAL BA

DST-SEDE

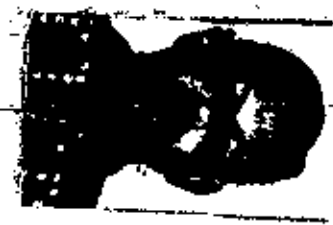
L-A39 P-72V

R 015433

958722725 53

LEI Nº 7.10 DE 20/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Marcio Lima Reis

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0415591 054




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REQUINTO GERAL 4.008.977-0

DATA DE EMISSÃO 01/11/2017

NOME MAYSA SANTOS REIS

PAÍS DO NASCIMENTO BRASIL

RESIDENTE JESUS DOS SANTOS

NASCIMENTO LINA REIS

NATURALIDADE

ESTADUALIDADE ESTADUAL-SE

DATA DE NASCIMENTO 08/02/2015

DOC. ORIGINAL

CT. NASCIMENTO 110429015620151000404042001828794

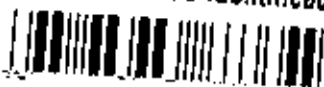
GRAT. DIST. COM. DE ORIENT. PPL. 19/SE

085.135.965-58

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 19/06/2015

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
085.135.965-58

Nome
MAYSA SANTOS REIS

Nascimento
08/02/2015

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MAYSA SANTOS REIS**

Nº Sinistro: **3170606050**

Vitima: **MARCIO LIMA REIS**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170606050**.

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

Carta nº 11979663



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MAYSA SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 11979792



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170606050**.

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

Carta nº 11981351



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 11981616



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MAYSA SANTOS REIS**

Nº Sinistro: **3170606050**

Vitima: **MARCIO LIMA REIS**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 12571994



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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

Carta nº 12573566



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MAYSA SANTOS REIS**

Nº Sinistro: **3170606050**

Vitima: **MARCIO LIMA REIS**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CAMILA DOS SANTOS REIS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAMILA DOS SANTOS REIS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: CAMILA DOS SANTOS REIS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000003578-5

Conta: 000000007873-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000001605-5

Conta: 000000023035-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Prova de companheirismo incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CAMILA DOS SANTOS REISPORTADOR(A) DO RG Nº 50.406.729-2 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 20/10/2006 ECPF 01888888888-66 /CNPI 00000000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTEE RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCIO LIMA REIS, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 207 AGÊNCIA 058 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 1875-3

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Rio de Janeiro - Botica DATA 25/10/11

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Camilla dos Santos Reis

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

