



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202040600700	Distribuição: 01/07/2020
Número Único: 0022984-07.2020.8.25.0001	Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Obrigações - Adimplemento e Extinção - Pagamento
- DIREITO PROCESSUAL CIVIL E DO TRABALHO - Partes e Procuradores - Assistência Judiciária Gratuita
- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA
Endereço: RUA B
Complemento: LOTEAMENTO DÊNDE
Bairro: CIDADE NOVA
Cidade: ARACAJU - Estado: SE - CEP: 49070010
Requerente: Advogado(a): DIEGO RAVEL GUIMARÃES GOES 11901/SE
Requerido: SEGURADORA LIDER
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 15º Andar
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe

VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU
Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202040600700

DATA:

04/08/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200730113701775 às 11:37 em 30/07/2020.

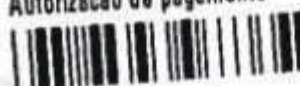
LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

876.768.725-00

Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Marcia Santos de Jesus

CPF titular da conta

018.488.11535

Profissão

Sem Profissão

Endereço

Rua Maria Fonteca Moraes

Número

204

Complemento

Casa B

Bairro

Olaria

Cidade

Aracaju

Estado

Sergipe

CEP

49092-450

E-mail

Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

☒ SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRABESCO (237)

BANCO DO BRASIL (003)

ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

1500

100395121

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

Aracaju SE 18 de Janeiro de 2018

Local e Data

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN, 2018

DPVAT/SE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

875.768.725-00 | Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Laura Ferreira dos Santos		CPF titular da conta	067.708.835-38	Profissão	Sem Profissão	
Endereço	Av. General Euclides Figueiredo		Número	183	Complemento	Lado Par	
Bairro	Soledade	Cidade	Aracaju	Estado	Sergipe	CEP	49089-025
E-mail	Telefone (DDD)						

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	BANCO _____ Agência _____ Conta _____

AGÊNCIA NRO	DIV	CONTA NRO	DIV	AGÊNCIA NRO	DIV	CONTA NRO	DIV
2186		00.090.722	7				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Aracaju - SE 26 de Janeiro de 2018
Local e Data

Laura Ferreira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPL

ETARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

875-768-725-00 Sergio Costa dos Santos

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

Sandra Regina Freitas da Silva

020-985-375-19

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

funcionista

Rua B. Lotamento Pindo

37

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Cidade Nova

Aracaju

SE

49070-784

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

maduocaria2019@gmail.com

07999130-9121

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2175

CONTA: 00033528 2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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.

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

26/09/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

Companheira

Sandra Regina Freitas da Silva

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos: 0

30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos: 2

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Amauri Santa dos Santos

CPF: 042.607.785-79

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Bruno Xavier dos S.

CPF: 077-801-455-06

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, ARACAJU/SE 23/01/2020

Sandra Regina Freitas da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível. É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS	
01 a 16	Registro de informações cadastrais
Preencher corretamente de acordo com a documentação.	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL	
17	Nome completo do Representante Legal
18	CPF do Representante Legal
19	Profissão do Representante Legal
<p>OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):</p> <p>- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).</p> <p>- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).</p>	
<p>DADOS BANCÁRIOS</p> <p>20 Renda Mensal do Titular da conta</p> <p>21 Dados bancários</p> <p>OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:</p> <p>- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).</p> <p>- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.</p>	

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML
Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.	
INVALIDEZ PERMANENTE	

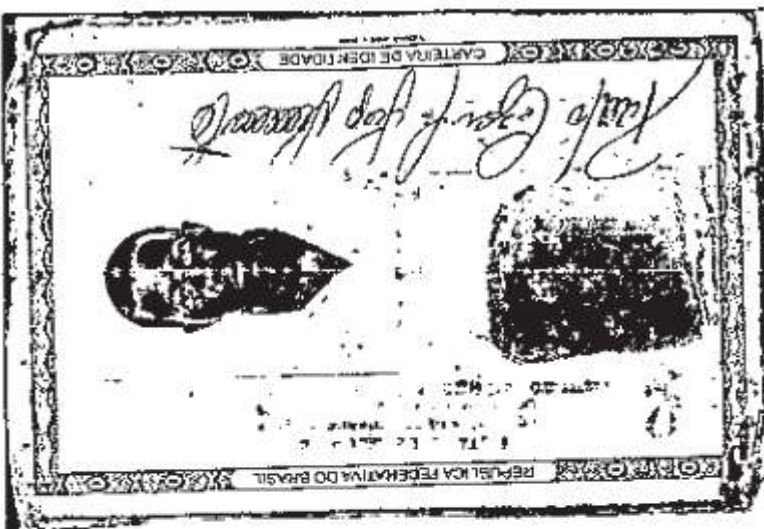
23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários
A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.	
MORTE	

NÃO ALFABETIZADO	
34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
<p>OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:</p> <p>- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.</p>	

38	1ª testemunha
39	2ª testemunha
<p>OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:</p> <p>- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.</p>	
TESTEMUNHAS	

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO	
40	Local e Data
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)
43	Assinatura do Procurador (se houver)
<p>Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.</p> <p>Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.</p> <p>Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.</p> <p>Assinatura do procurador devidamente nomeado.</p>	

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.segurodpvatalfabetizado.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) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
 SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Ouvidoria: 0800 021 91 35



VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
TIPO DE PASSAPORTE	2. VISA
DATA DE EXPIRAÇÃO	22/01/2014
NOME	
PAULO CESAR DE SIQUEIRA SACRAMENTO	
NOME DO SOBRINHO	
ADALDO RIBEIRO DO SOBRINHO	
NOME DO SOBRINHO	
NOME DO SOBRINHO	
DATA DE NASCIMENTO	
11/12/1964	
NÚMERO DO PASSAPORTE	
111.123.456-7	
DATA DE EXPIRAÇÃO	
22/01/2014	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.116 DE 2003	

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN, 2016

DPVAT/SE



SHISLEY
CORRETORA
26 JAN. 2010
DPVAT/SE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL 3.553.610-1	2.VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 06/06/2015
NOME ALINE DE SOUZA BARBOSA		
FILIAÇÃO JOSE RENATO NASCIMENTO BARBOSA CLEONICE DE SOUZA BARBOSA		
NATURALIDADE JERERUABO-BA	DATA DE NASCIMENTO 29/04/1997	
TODOS OS DADOS		
CT. NASCIM.	068.766.555-8	
CART. SUBDIST.	068.766.555-8	
ASSINATURA DO DETENTOR		
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		

PARECER DE NEXO CAUSAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180058975

Cidade: Aracaju

Natureza: Morte

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

Data do acidente: 31/05/2017

Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Data do parecer: 20/03/2018

Conclusão do nexo: Não

Parecer médico: Causa mortis Insuficiência cardíaca congestiva não relacionada a lesão no pulso decorrente do trauma

Documentos solicitados: BO
Certidão de óbito

PRESTADOR

EXMED RIO CONSULTORIA TECNICA LTDA - ME

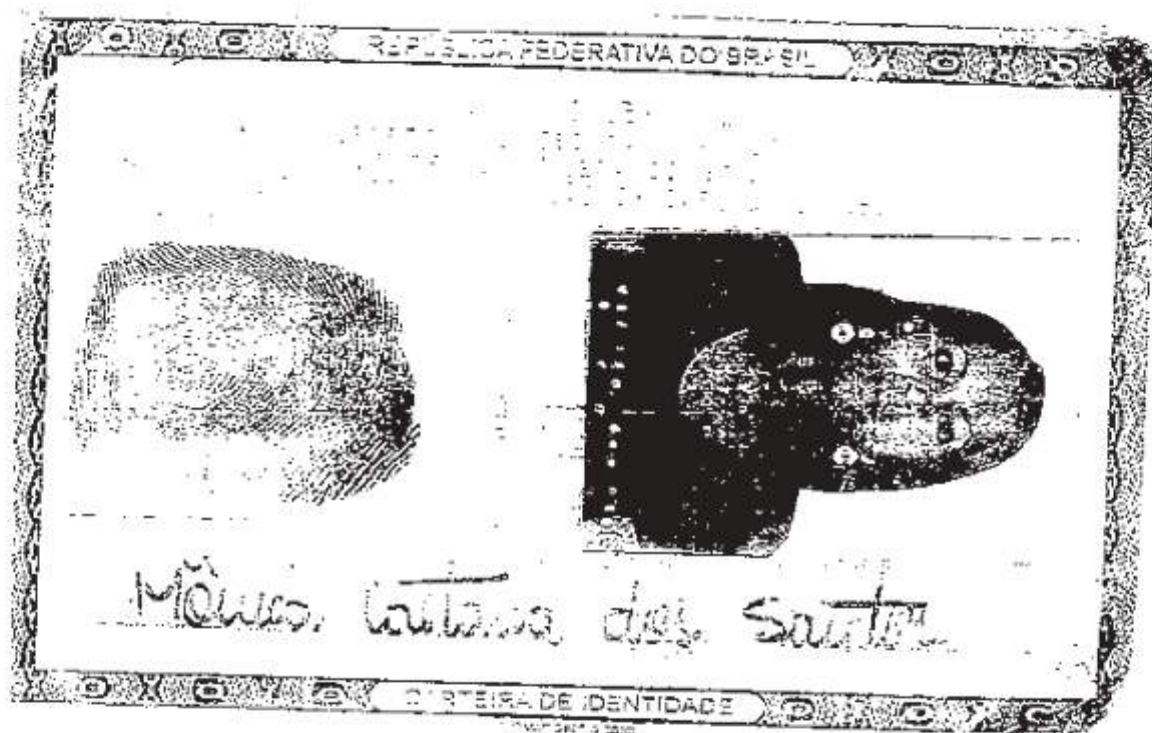
Emissor do parecer: RICARDO DIAS DA CRUZ MORAES

Médico avaliador: RICARDO DIAS DA CRUZ MORAES

CRM do médico: 52294554

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 21.001.400-0 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/01/2013

NOME MÔNICA GABRIELA DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ PEDRO DOS SANTOS
MARIA JOSE DOS SANTOS

NATURALIDADE APACATÁ-RJ DATA DE NASCIMENTO 17/12/1993

DOC ORIGEM DP 1982-27 AR 943 LV 08 FL 234

CPF 028.118.74-5 DPVAT/SE COM. RINCHIELLO/SE
015.354.545-46

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.416 DE 29/08/89

JOHNETY FERREIRA





Documentos de identificação



SHISLEY CORRETORA
26 JAN, 2018
DPVAT/SE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO (ORIGINAL) 3.815.125-3	DATA DE EMISSÃO 02/12/2006
NOME LAURA FERREIRA DOS SANTOS	
FILIAÇÃO SEBASTIÃO DOS SANTOS IVONE FERREIRA DOS SANTOS	
NATURALIDADE ARACATUBA-SP	DATA DE NASCIMENTO 19/05/1996
DOC-ORIGEM CT. MASCIN. NR 40.713 LV A 35 FL 270 V	
CPF 087.290.718-1	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LETRAÇÃO DE 2006	

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
067.708.835-38

Nome
LAURA FERREIRA DOS SANTOS

Nascimento
19/05/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

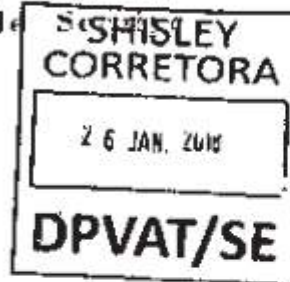
SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2018

DPVAT/SE

CARTÓRIO PIERETE

8º Office de Notas e Registro
Civil das Pessoas Naturais
República Federativa do Brasil
Aracaju - Estado de Sergipe



Documentos de Identificação



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às folhas 058, do livro A nº 0209 de Registro de Nascimentos, sob nº de ordem 102947, foi lavrado o assento de: **YASMIN JESUS COSTA DOS SANTOS**, do sexo feminino, nascida no dia vinte e dois de outubro de dois mil e oito (22/10/2008), às vinte e duas horas e trinta e cinco minutos, no Hospital Santa Isabel, Aracaju Estado de Sergipe, sendo filha de **Sergio Costa dos Santos**, motoboy, natural de Aracaju, Estado de Sergipe e de **Marcia Santos de Jesus**, prendas do lar, natural de Aracaju, Estado de Sergipe

São avós paternos: **Pedro Nascimento Santos** e **Laura Costa dos Santos**. -.-.-

São avós maternos: **Luiz Carlos Costa de Jesus** e **Maria Auxiliadora dos Santos**. -.-.-

Foi apresentada a declaração de nascido vivo nº 0450120803. -.-.-

Registro lavrado no dia 10 de novembro de 2008. -.-.-

Foi declarante **Sergio Costa dos Santos**. -.-.-

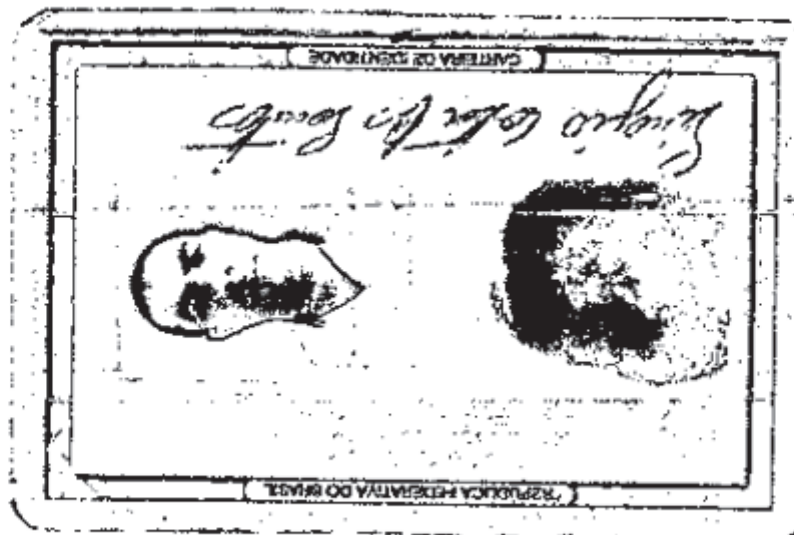
Observações: -.-.-

O referido é verdade e dou fé.
Aracaju, 10 de novembro de 2008.

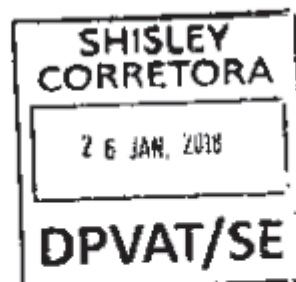
Maria Isabel de Sá Moura
MARIA ISABEL DE SÁ MOURA
ESCREVENTE AUTORIZADA

PRIMEIRA CERTIDÃO (ISENÇÃO DE EMENDAMENTOS LEI 9534/97)





Documentos de identificação



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		25
REGISTRO CÍVIL	1.123.987	2.VIA
DATA DE EMISSÃO	22/06/2015	
NOME	SERGIO COSTA DOS SANTOS	
FUNÇÃO	PEDRO NASCIMENTO DOS SANTOS	
	LAURA COSTA DOS SANTOS	
NATURALIDADE	ARACAJU-SE	
DATA DE NASCIMENTO	09/05/1975	
DOC ORIGIN	CT. NASCIM. Nº 129464 LV A-102 FL 647.	
	CART. 7 OFIC. DIST. COM. ARACAJU/SE	
	875.768.725-00	

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 Sergio Lota da Silva, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 31/05/2017, faleceu em 26/9/2017, 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>Yasmin Jesus Lota da Silva</u>	<u>Filha</u>		
2. <u>Dielle Mariana Lota da Silva</u>	<u>Filha</u>		
3.			
4.			
5.			

SHISLEY
CORRETORA

2-B FFV 2018

DPVAT/SE

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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

Sandra Regina Freitas da Silva

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.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Marcia Guterres de Jesus</u>	<u>1383191</u>	<u>01848811535</u>	<u>Marcia Santos de Jesus</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Adriano Santos de Jesus</u>	<u>1410302</u>	<u>00806840571</u>	<u>Adriano Santos de Jesus</u>
2. <u>Mônica Leticia dos Santos</u>	<u>21054053</u>	<u>01533094583</u>	<u>Mônica Leticia dos Santos</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
 b) 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).

Declaração de únicos herdeiros



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 Sergio Costa dos Santos, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 31/05/2017, faleceu em 26/09/2017, 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>Daura Ferreira dos Santos</u>	<u>Filha</u>	<u>3.415.129-0</u>	<u>067.708.835-38</u>
2. <u>Yasmin Jesus Costa dos Santos</u>	<u>Filha</u>		
3.			
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 Sandra Regina Freire da Silva.

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.

Ano 26.01.2018
LOCAL E DATA

Ano 18.01.20
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA



Daura Ferreira dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

Marcia Santos de Jesus
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Marcia Santos de Jesus</u>	<u>1.383.191</u>	<u>0184811535</u>	<u>Marcia Santos de Jesus</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Aline de Souza Barbosa</u>	<u>3.593.610-1</u>	<u>068.766.5589</u>	<u>Aline de Souza Barbosa</u>
2. <u>Paulo Rizon de Souza Gouveia</u>	<u>4.686.333</u>	<u>335.524.2452</u>	<u>Paulo Rizon de Souza Gouveia</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).

16/11/2017

VENCIMENTO:
16/11/2017

LARAF SANTOS
AV. GENERAL EUCLIDES RIQUE REBO
1400 PAR
SOLEDADE
49059-025 ARAÇUAÍ - SE



Comprovante de residência



SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2018

DPVAT/SE

Valor Total:

126,82

19,02

ENTRADA

12,49

> Total da Fatura

Suporte - R\$ 126,82

IOF - R\$ 0,00

> IOF e Encargos sobre Fatura

> Encargos Financeiros

> Taxas

Total da Fatura - R\$ 126,82

> Resumo em Real

Saldo em Real - R\$ 126,82
Pagamento em Real - R\$ 126,82
Saldo em Real - R\$ 0,00
Saldo em Real - R\$ 0,00
Saldo em Real - R\$ 0,00

> Resumo em Dólar

Saldo em Dólar - US\$ 0,00
Pagamento em Dólar - US\$ 0,00
Saldo em Dólar - US\$ 0,00
Saldo em Dólar - US\$ 0,00
Saldo em Dólar - US\$ 0,00

> Limites

> Custo Eficaz Total (CEL)

Serviços

Uso no Exterior



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE DELITOS DE TRÂNSITO - ARACAJU - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001467/2017

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2017 11:34 Data/Hora Fim: 24/10/2017 12:16
Delegado de Polícia: Daniela Ramos Lima Barreto

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Delitos de Trânsito

Data/Hora do Fato: 31/05/2017 07:54

Local do Fato

Município: Aracaju

Logradouro: Avenida Presidente Tancredo Neves

Tipo do Local: Via Pública

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN, 2018

DPVAT/SE

Bairro: Jabutiane

CEP: 49.095-000

Natureza

Melo(s) Empregado(s)

1210: Praticar homicídio culposo na direção de veículo automotor deixando de prestar socorro à vítima (Art. 302, § 1º, Inc. III da LEI DOS CRIMES DE TRÂNSITO - CTB)

Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome: SÉRGIO COSTA DOS SANTOS (VÍTIMA, CONDUTOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Aracaju

Sexo: Masculino

Nasc: 09/06/1975

Profissão: Entregador

Estado Civil: União Estável

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Laura Costa Dos Santos

Nome do Pai: Pedro Nascimento Dos Santos

Documentos

RG - Carteira de Identidade: 1123067

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 875.768.725-00

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: RUA D

Bairro: Cidade Nova

Nº: 187

CEP: 49.070-580

Nome: (DESCONHECIDO 1) (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Aracaju - SE

Nome: SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Aracaju

Sexo: Feminino

Nasc: 18/04/1977

Profissão: Balconista

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: União Estável

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Deuza Freires da Silva

Documentos

RG - Carteira de Identidade: 1135509

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001467/2017

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.985.375-14

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: rua d

Bairro: Cidade Nova

Telefone: (79) 99981-3592 (Celular)

Nº: 187

CPF: 49.070-580

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motonele
Placa NVK4628	Número do Chassi 9C2KC1640AR061632
Ano/Modelo Fabricação 2010/2010	Cor PRETA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Aracaju
Marca/Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX EX	Modelo HONDA/CG150 TITAN MIX EX
Veículo Aduiterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	

Nome Envolvido

Sergio Costa Dos Santos

Envolvimentos

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Relata a Noticiante que no dia e hora acima identificados seu companheiro Sérgio Costa conduzia a motocicleta Honda licenciada em nome de Derivalda de A. Rosa Lopes pela Avenida Tancredo Neves quando colidiu com outra motocicleta que invadiu a faixa de circulação. Diz que em virtude do impacto caiu e quebrou duas costelas, o pulso esquerdo além de ter sofrido várias escoriações pelo corpo. Assevera que foi encaminhado para o HUSE pelo SAMU onde ficou oito dias internado. Diz que um mês após o sinistro fez a cirurgia no pulso ficando mais três dias internado no hospital Cirurgia. Ressalta que após 15 de operado deu novamente entrada no HUSE, uma vez que o quadro havia piorado ficando internado mais três dias. Diz que três dias após a alta retornou ao Huse onde ficou por mais treze dias na UTI vindo a falecer no dia 26 de setembro, em virtude de choque cardiogênico, drenagem pleural bilateral e mediastínica, derrame pleural e pericárdico. Acrescenta que não sabe informar a placa da motocicleta, bem como não tem nenhuma informação do responsável pelo sinistro, uma vez que o mesmo evadira-se do local sem prestar qualquer tipo de assistência.

ASSINATURAS

[Assinatura]
 S/ª Cristiane de Oliveira
 Responsável pelo Atendimento
 E-mail: cristiane.c@policia-aracaju.se.gov.br

Sandra Regina Freitas da Silva
 (Comunicante)

"Declaro sob os deveres de sigilo que sou o único responsável pelas informações acima prestadas e de que posso responder por elas e comprometo-me a presente declaração sob o juramento, conforme previsto nos artigos 2º e 3º do Estatuto da Polícia Militar e 2º do Código de Processo Penal da União Federal." (Assinatura)



Delegado de Polícia Civil: Danjela Ramos Lima Barreto
 Impresso por: Marco Antonio Cruz Dantas
 Data de Impressão: 10/01/2018 19:07
 Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2



PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia

SE Serviço Notarial e Registro AMILTON GARCIA
Rua Lins de Vasconcelos, 47 - Centro - CEP: 49.010-000 - Aracaju/Sergipe
Cartório que atua digitalmente com a original eletrônica. Dúvidas?
Atendimento: 24h
Selo TJSE: 201729527234647
Acesse: www.tjse.jus.br/6DPTGF



Certidão de óbito



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

NOME:

SERGIO COSTA DOS SANTOS

MATRÍCULA:

1104940155 2017 4 00136.080 0044200 61

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2018

DPVAT/SE

SEXO

masculino

COR

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, com 42 anos de idade

NATURALIDADE

Aracaju - SE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG: 1123067 SSP - SE

ELEITOR

era eleitor

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

PEDRO NASCIMENTO DOS SANTOS e LAURA COSTA DOS SANTOS Rua D, Loteamento Dendê, nº 187, bairro Cidade Nova, Aracaju - SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinete e seis de setembro de dois mil e dezessete às 13:45 horas

DIA MÊS ANO

26/09/2017

LOCAL DE FALECIMENTO

HUSE - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - GOVERNADOR JOÃO-ALVES FILHO em Aracaju - SE

CAUSA DA MORTE

Choque Cardiogenico, drenagem pleural bilateral e mediastinica, derrame pleural e pericardico, insuficiencia cardiaca

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

Cemitério São João Batista, Aracaju - SE

DECLARANTE

Simone Costa dos Santos

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

GILVAN PEREIRA DA MOTA, CRM:1453

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Selo - TJSE: 201729527234647. Acesse: www.tjse.jus.br/6DPTGF. Válida somente com selo de autenticidade. Isenta de emolumentos.

8º OFÍCIO DE ARACAJU - NOTAS E REGISTRO CIVIL

CNS: 11.049-4

Tabelião/Oficial: Daniel Pierete

Aracaju/SE - 49010-390

Rua Lagarto, 1332 - Centro

(79) 3214-3397

www.cartoriopierete.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Aracaju-SE, 27 de setembro de 2017

Anara de Oliveira Alves
Assinatura do Oficial

Selo Digital de fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
8º Ofício de Aracaju - SE
27/09/2017 - 0916547
Selo TJSE: 201729527234647
Acesse: www.tjse.jus.br/6DPTGF



ARPENBRASIL AA 007541551 BRP

uso exclusivo para omissão de condições de registro civil das pessoas naturais

RELATÓRIO 0969 / 2017 REFERENTE À OCORRÊNCIA

NÚMERO: 1705310139 / ESUS – SAMU

O SAMU 192 SERGIPE foi acionado às 07h54min do dia 31 de Maio de 2017, para atendimento de vítima identificada como Sérgio Costa dos Santos, com relato de acidente motociclistico, na Avenida Presidente Tancredo Neves, no Bairro Jabutiana, próximo à Faculdade Pio Décimo, no município de Aracaju.

A equipe da Unidade de Suporte Básico – Aracaju, removeu a vítima para Hospital de Urgência de Sergipe – HUSE no município de Aracaju, onde deixou o paciente aos cuidados da equipe.

Aracaju, 12 de Julho de 2017



Tiemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
CRM 4553

Tiemi Sayuri Menezes Oki Fontes

Coordenadora Médica

SAMU 192 SERGIPE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

875.768.725-00 Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Laura Ferreira dos Santos	CPF titular da conta	067.708.835-38	Profissão	Sem Profissão
Endereço	Av. General Euclides Figueiredo	Número	183	Complemento	Lado Par
Bairro	Soledade	Cidade	Aracaju	Estado	Sergipe
E-mail		CEP	49089-025	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	

AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
2186	00090-722		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

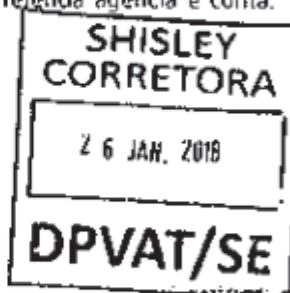
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Aracaju - SE 26 de Janeiro de 2019
Local e Data

Laura Ferreira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

876.768.725-00

Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Marcia Santos de Jesus	CPF titular da conta	018.488.11535	Profissão	Sem Profissão
Endereço	Rua Maria Fereira Moura	Número	204	Complemento	Casa B
Bairro	Olaria	Cidade	Aracaju	Estado	Sergipe
E-mail		CEP	49092-450	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRASECO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1500 D/V. CONTA NRO. 00039512 D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

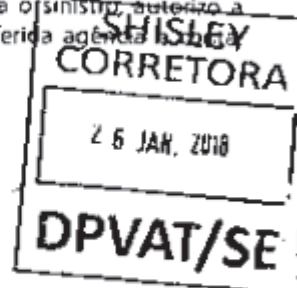
BANCO NOME. AGENCIA NRO. D/V. CONTA NRO. D/V

(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Aracaju, 18 de Janeiro de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **LAURA FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vítima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - NEXO CAUSAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro **número 3180058975**, verificamos que não há relação entre o acidente sofrido e o dano para o qual a cobertura do Seguro DPVAT foi reclamada.

Por essa razão, o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi **negado**.

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

Pag. 00101/00102 - carta_08 - MORTE



Carta nº 12542742

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIA SANTOS DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vítima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - NEXO CAUSAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro **número 3180058975**, verificamos que não há relação entre o acidente sofrido e o dano para o qual a cobertura do Seguro DPVAT foi reclamada.

Por essa razão, o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi **negado**.

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

Pag. 00107/00108 - carta_08 - MORTE



Carta nº 12542392

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIA SANTOS DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vitima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180058975**.

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 12351175



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIA SANTOS DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180058975**
Vítima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **31/05/2017**
Cobertura: **MORTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - NEXO CAUSAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro **número 3180058975**, verificamos que não há relação entre o acidente sofrido e o dano para o qual a cobertura do Seguro DPVAT foi reclamada.

Por essa razão, o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi **negado**.

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

Pag. 00107/00108 - carta_08 - MORTE



Carta nº 12542392

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIA SANTOS DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vitima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180058975**.

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 12351175



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **LAURA FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vítima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180058975**.

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 12350313



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **LAURA FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vítima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180058975**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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

Pag. 00333/00334 - carta_03 - MORTE



Carta nº 12349321

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIA SANTOS DE JESUS**

Nº Sinistro: **3180058975**

Vítima: **SERGIO COSTA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **31/05/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180058975**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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,

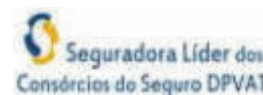
Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00337/00338 - carta_03 - MORTE



Carta nº 12347083

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0043537/20

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

CPF: 875.768.725-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/05/2017

Titular do CPF: SERGIO COSTA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA : 020.985.375-14

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação
Prova de companheirismo

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/01/2020
Nome: SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA
CPF: 020.985.375-14

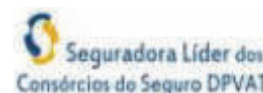
SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0043537/20

Número do Sinistro: 3200069238

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

CPF: 875.768.725-00

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 31/05/2017

Titular do CPF: SERGIO COSTA DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

YASMIN JESUS COSTA DOS SANTOS :

Documentos de identificação

LAURA FERREIRA DOS SANTOS : 067.708.835-38

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

MARCIA SANTOS DE JESUS : 018.488.115-35

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/02/2020
Nome: MARCIA SANTOS DE JESUS
CPF: 018.488.115-35

MARCIA SANTOS DE JESUS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: ALAN SILVA DE OLIVEIRA
CPF: 152.775.167-86

ALAN SILVA DE OLIVEIRA

Alan Oliveira

De: Projeto Correio
Enviado em: terça-feira, 11 de fevereiro de 2020 13:33
Para: Alan Oliveira
Assunto: ENC: 3200069238 - Cadastramento
Anexos: AUT DE PAG 3200069238 LAURA.pdf; AUT DE PAG 3200069238 MARCIA REPRESENTANTE.pdf; CERTIDAO DE NASC 3200069238 YASMIM.pdf; COMPR RES 3200069238 LAURA.pdf; COMPR RES 3200069238 MARCIA REPRESENTANTE.pdf; DEC UNICOS HERDEIROS 3200069238 LAURA.pdf; DOC IDENTI 3200069238 LAURA.pdf; DOC IDENTI 3200069238 MARCIA REPRESENTANTE.pdf; LAURA 3200069238.pdf

Alessandra Magalhães

Canal Correios

alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 20º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Daysielle Oliveria <daysielle.oliveira@aruanaseguradora.com.br>

Enviada em: terça-feira, 11 de fevereiro de 2020 13:15

Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>

Cc: marcos@aruanaseguros.com.br; Vera Cataldo <treinamento@aruanaseguradora.com.br>

Assunto: 3200069238 - Cadastramento

Prezados,

Solicitamos o cadastramento da representante legal Marcia e as beneficiárias Laura e Yasmim.

Segue em anexo os documentos.

Usuário: Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

Dependência: SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS (0800)

ASL-0043537/20

Dados da vítima

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

CPF: 87576872500

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO COSTA DOS SANTOS

Data de nascimento: 09/06/1975

Data do sinistro: 31/05/2017

Atenciosamente,



Daysielle Oliveira
Regulação de Sinistros

Tel.: (21) 3590-5945

Av. Rio Branco, 89 - 18º andar - Centro, RJ
Ed. Manhattan Tower | CEP: 20040-004

CONFIDENCIALIDADE

"Esta mensagem é destinada exclusivamente para a(s) pessoa(s) a quem é dirigida, podendo conter informação confidencial e/ou legalmente privilegiada. Se você não for destinatário desta mensagem, desde já fica notificado de abster-se de divulgar, copiar, distribuir, examinar ou, de qualquer forma, utilizar a informação contida nesta mensagem, por ser ilegal. Caso você tenha recebido esta mensagem por engano, peço que me retorne este e-mail, promovendo, desde logo, a eliminação do seu conteúdo em sua base de dados, registros ou sistema de controle. Fica desprovida de eficácia e validade a mensagem que contiver opiniões particulares e vínculos obrigacionais, expedida por quem não detenha poderes de representação por parte da ARUANA"

"This message is intended only for the person to whom it is addressed and may contain confidential and/or legally privileged. If you are not a recipient of this message, it is now notified of refraining to disclose; copy; distribute; examine; or in any way use the information contained in this message because it is illegal. If you have received this message in error, please I ask to return this email, promoting as soon as possible the elimination of its content in database, records or system control. It is devoid of effective and valid message that contains the private opinions and dividend bonds, issued by those not holding powers of attorney by the ARUANA."

COMPROVANTE DO PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

Requerente
SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA

Serviço
Pensão por Morte Urbana

Prova de companheirismo



Unidade Responsável

AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA
SOCIAL CEAB
RECONHECIMENTO DE
DIREITO DA SRIV

Protocolo realizado em



23 JAN
2020
QUINTA-FEIRA

Dados do Requerente

CPF: 020.985.375-14

Nascimento: 18/04/1977

Mãe: DEUSA FREITAS DA SILVA

E-mail: dradvocacia2019@gmail.com

Telefone: (79) 9913-09121

Requerente aceita acompanhar o andamento do processo pelo
Meu INSS, Central 135 ou e-mail: SIM

Campos Adicionais

Deseja cadastrar Procurador ou Representante Legal para este
pedido?: C) Procurador

Qual o motivo do pedido?: A) Óbito

O falecimento ocorreu por motivo de acidente?: A) Sim

O falecido estava recebendo benefício?: B) Não

Qual sua relação com a pessoa falecida?: B) Convivia em união
estável

Há outros dependentes a serem incluídos?: B) Não

CPF: 838.438.175-53

Informe a matrícula da certidão de óbito:

11049401552017400136080004420061

CPF INSTITUIDOR: 875.768.725-00

Você é uma pessoa com deficiência intelectual ou mental ou
deficiência grave?: B) Não

Possui documentos que comprovem a união estável?: A) Sim

Informações Adicionais

O atendimento deste serviço será realizado à distância, não sendo necessário o comparecimento presencial nas unidades do INSS, a não ser quando solicitado para eventual comprovação. Caso sua solicitação envolva valores financeiros, seus direitos estão garantidos desde a data do pedido. É possível acompanhar o andamento do requerimento ligando para o telefone 135, de segunda a sábado, das 07:00 às 22:00, ou acesse o Meu INSS, pelo endereço <http://gov.br/meuinss>, ou pelo aplicativo Meu INSS no seu celular.

Como acompanhar o andamento do seu protocolo pelo Meu INSS:

- Clique em entrar e faça o "login"
- Digite seu CPF e senha de acesso
- Acesse a opção "Agendamentos / Requerimentos"
- Na tela "Meus Requerimentos", clique no ícone em formato de lupa para detalhar o andamento do requerimento.

Caso seja o primeiro acesso ao MEU INSS com a senha provisória, crie a senha de sua preferência com no mínimo 9 dígitos e que deve conter pelo menos:

- uma letra minúscula (ex: a,b,c)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0043537/20

Vítima: SERGIO COSTA DOS SANTOS

CPF: 875.768.725-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/05/2017

Titular do CPF: SERGIO COSTA DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

SÂNDRA REGINA FREITAS DA SILVA : 020.985.375-14

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação
Prova de companheirismo

Outros



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse: www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800-022-12-04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800-022-8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/01/2020
Nome: SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA
CPF: 020.985.375-14

SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2020
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE

M

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sergio Costa dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 26/10/9 CPF DA VÍTIMA 875-768-725-00
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ REPRESENTANTE LEGAL ☒ BENEFICIÁRIO, CUIR PARENTESCO
 COM A VÍTIMA É ESPOSA
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA B. Nº 37
 Nº 37 COMPLEMENTO LOT. DENDE BAIRRO CIDADE NOVA
 CIDADE ARACAJU UF SE CEP 49070784
 E-MAIL DRADYACACIA2019@GMAIL.COM TELEFONE (19) 991309121

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO CADAVERÍCO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- ☒ PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

- ☐ PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- ☐ TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(O) DA VÍTIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- ☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 83/01/2020IDENTIDADE 1.135.509ASSINATURA Sandra Regina Faleiro87266385

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RECEBIMENTO SEGURO DPVAT

- o **FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT;**
- o **BOLETIM OU REGISTRO DE OCORRÊNCIA POLICIAL (CÓPIA SIMPLES):** documento oficial emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima, conforme a Lei (Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Civil, Polícia Militar e Bombeiro Militar).
- o **DOCUMENTOS DA VÍTIMA**
 - ✓ Certidão de Óbito - cópia autenticada.
 - ✓ Laudo de Exame emitido pelo IML - cópia simples - (poderá ser solicitado).
 - ✓ RG (ou CNH, Carteira de Trabalho, Certidão de Casamento ou de Nascimento - cópia simples.
 - ✓ CPF - cópia simples.
- o **COMPANHEIRO(A)**
 - ✓ RG (ou CNH, Carteira de Trabalho, Cert. Casamento ou de Nascimento) - cópia simples;
 - ✓ CPF do companheiro(a) beneficiário(a) - cópia simples;
 - ✓ Prova de Companheirismo junto ao INSS ou declaração de dependente junto à Receita Federal ou Alvará Judicial;
 - ✓ Comprovante de residência - cópia simples
- o **DOCUMENTOS DO BENEFICIÁRIO - FILHOS DA VÍTIMA**
 - ✓ RG (ou CNH, Carteira de Trabalho, Cert. Casamento ou de Nascimento de cada beneficiário) - cópia simples;
 - ✓ CPF do Beneficiário - cópia simples;
 - ✓ Comprovante de residência - cópia simples.
- o **DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DO OUTORGADO/PROCURADOR:**
 - ✓ RG/Carteira de Trabalho e CPF do Procurador - cópia simples;
 - ✓ Comprovante de residência do Procurador - cópia simples;
 - ✓ Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro (ver/imprimir modelo);
- **Quanto a procuração, se por instrumento público (feita em cartório) ou Particular:**
 - ✓ Deverá ser específica para o pedido de indenização do Seguro DPVAT;
 - ✓ Deverá ser apresentada no original ou em cópia com frente e verso autenticados;
 - ✓ Deverá constar a qualificação, os documentos de identificação e o domicílio completo do outorgante (beneficiário) e do outorgado (procurador);
 - ✓ O substabelecimento da procuração deverá ser vedado;
 - ✓ A procuração deve ter local e data contemporâneos a data de aviso do sinistro.

DIEGO RAVEL G. GOES
OAB/SE 11.901

Rua Espírito Santo, nº 190, Bairro Cidade Nova, Aracaju/SE, CEP: 49070-179
☎ (79) 9 9931-6152 ✉ diegoraveladv@gmail.com

CARTÓRIO PIERETE

8º Ofício de Notas e Registro
Civil das Pessoas Naturais
República Federativa do Brasil
Aracaju - Estado de Sergipe

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN, 2018

DPVAT/SE



Documentos de identificação



CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, às folhas 058, do livro A nº 0209 de Registro de Nascimentos, sob nº de ordem 102947, foi lavrado o assento de: **YASMIN JESUS COSTA DOS SANTOS**, do sexo feminino, nascida no dia vinte e dois de outubro de dois mil e oito (22/10/2008), às vinte e duas horas e trinta e cinco minutos, no Hospital Santa Isabel, Aracaju Estado de Sergipe, sendo filha de **Sergio Costa dos Santos**, motoboy, natural de Aracaju, Estado de Sergipe e de **Marcia Santos de Jesus**, prendas do lar, natural de Aracaju, Estado de Sergipe

São avós paternos: **Pedro Nascimento Santos e Laura Costa dos Santos**. -.-.-

São avós maternos: **Luiz Carlos Costa de Jesus e Maria Auxiliadora dos Santos**. -.-.-

Foi apresentada a declaração de nascido vivo nº 0450120803. -.-.-

Registro lavrado no dia 10 de novembro de 2008. -.-.-

Foi declarante **Sergio Costa dos Santos**. -.-.-

Observações: -.-.-

O referido é verdade e dou fé.
Aracaju, 10 de novembro de 2008.

Maria Izabel de Sa Moura
MARIA IZABEL DE SA MOURA
ESCREVENTE AUTORIZADA

PRIMEIRA CERTIDÃO (ISENTO DE EMOLUMENTOS LRT 9534/97)

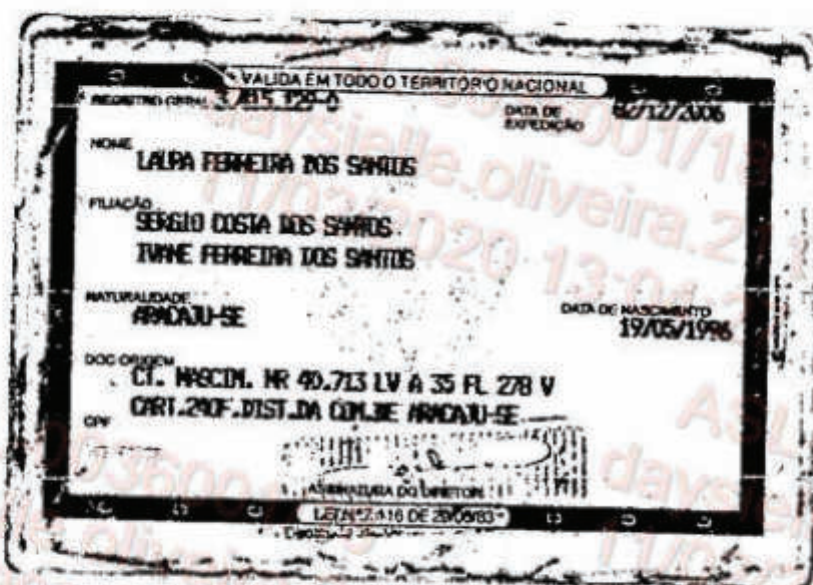




Documentos de identificação



SHISLEY CORRETORA
26 JAN. 2018
DPVAT/SE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
 
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número
067.708.835-38
Nome
LAURA FERREIRA DOS SANTOS
Nascimento
19/05/1996
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SHISLEY
CORRETORA
26 JAN. 2018
DPVAT/SE