



**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
Número Único: 0022984-07.2020.8.25.0001
Classe: Procedimento Comum
Situação: Andamento
Processo Origem: *****

Distribuição: 01/07/2020
Competência: Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito
Fase: POSTULACAO
Processo Principal: *****

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 Apenasdos:

--

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

875.768.725.00

Nome completo da vítima

Sergio costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Marcia Santos de Jesus	CPF titular da conta	018.488.115.35	Profissão	sem Profissão
Endereço	Rua Maria Fonteira Moraes	Número	204	Complemento	esq 3
Bairro	Olaria	Cidade	Aracaju	Estado	Sergipe
Email				CEP	49092-450
				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
RS 3.001,00 ATÉ RS 5.000,00	RS 5.001,00 ATÉ RS 7.000,00	RS 7.001,00 ATÉ RS 10.000,00	ACIMA DE RS 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)			
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	BANCO NRO.	AGÊNCIA NRO.
1500	10003951211	---	---
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)
D/V	D/V	D/V	D/V

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/ou agências. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

26 JAN, 2018

DPVAT/SE

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Autorização de pagamento**NOTA 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

875.768.725-00

Nome completo da vítima

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 Plan

Bairro

Soledade

Cidade

Aroepe

Estado

Sergipe

Email

CEP

490 89-025

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 RECUZO INFORMAR SEM RENDA

ATE R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341) CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

D/V

CONTA

NRO.

D/V

D/V

CONTA

NRO.

D/V

2186

00.090.722-7

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

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 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.

SHISLEY CORRETORA

26 JAN. 2018

DPVAT/SE*Laura Ferreira dos Santos*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESP)

 VITIMAS) INVALIDEZ PÉRMANENTE

 MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 875-768-725-00

4 - Nome completo da vítima:

Sônia 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:

Sônia Regina Freitas da Silva

6 - CPF:

020-985-375-19

7 - Profissão:

Encanista

8 - Endereço:

Rua B. Iotaminto 010

9 - Número:

37

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Cidade Nova

12 - Cidade:

Aracaju

13 - Estado:

SE

14 - CEP:

49070-784

15 - E-mail:

Difadovisca2019@gmail.com

16 - Tel.(DDD):

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:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGÊNCIA: 2175

CONTA: 00033508 2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

26/10/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Companheira

26 - Vítima deixou companheiro(a):

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

Sônia Regina Freitas da Silva

28 - Vítima teve filhos?

 Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

3

Falecidos:

0

30 - Vítima deu à

nascituro (não nasceu)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

2

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

 Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º | Nome: Amauri Santos da Silva
 CPF: 042.607.785.79

Assinatura da testemunha

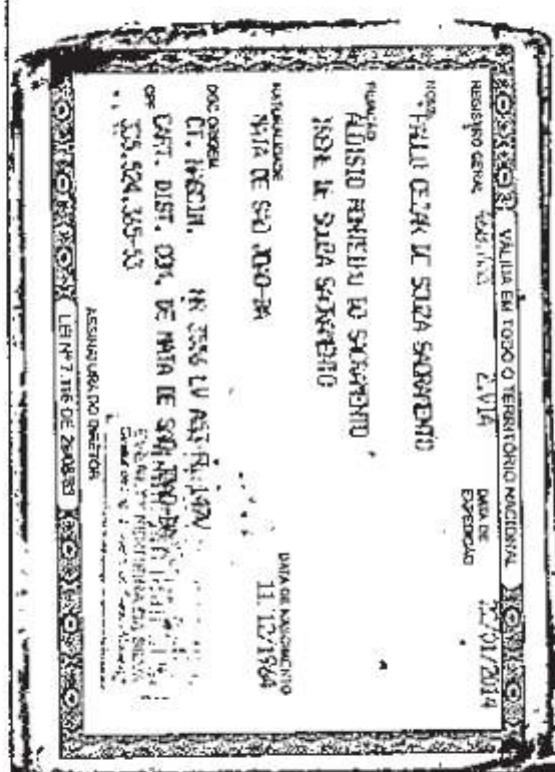
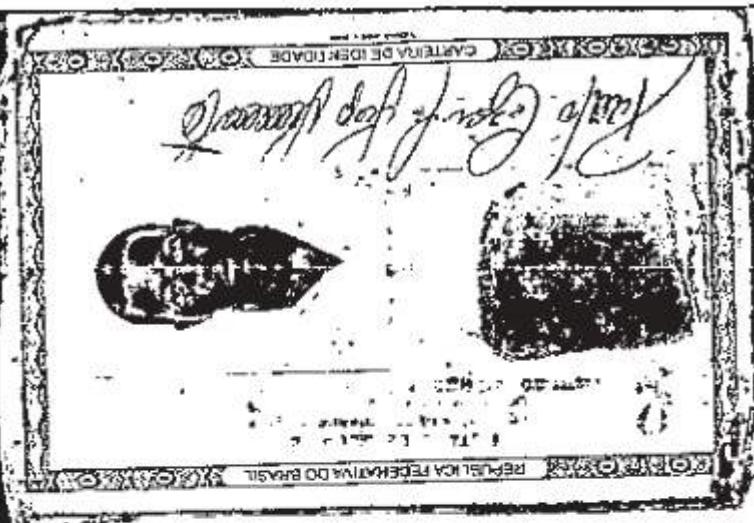
 39 - 2º | Nome: Bruno K. de Souza
 CPF: 077-801-435-06

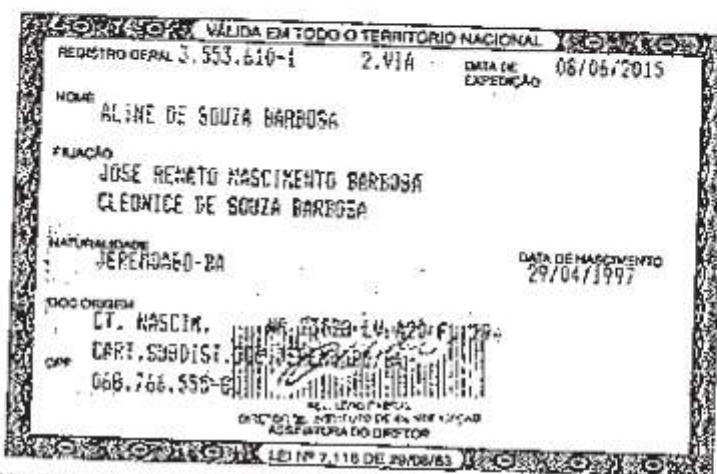
Assinatura da testemunha

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

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 Sônia Regina Freitas da Silva

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DO SEGURO DPVAT	
0126	Registro de informações cadastrais
17	DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL
18	Nome completo do Representante Legal
19	CPF do Representante Legal
20	DADOS BANCARIOS
21	Renda Mensal do Titular da conta
22	INVALIDEZ PERMANENTE
23 a 33	MORTE
34	NÃO ALFABETIZADO
35	Nome legível de quem assina a pedida (a rogo)
36	CPF legível de quem assina a pedida (a rogo)
37	Assinatura de quem assina a pedida (a rogo)
38	TESTEMUNHAS
39	2º testemunha
40	Local e Data
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)
43	Assinatura do Procurador (se houver)
ASSINATURAS DO FORMULARIO	
Pará grafos mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradordopdvat.com.br ou entre em contato através dos números abaixo: SAC (para dúvidas e readaptações a premissas): Capitais e regiões metropolitanas: 0800 022 12 04 / Ds 8h às 20h Central de Atendimento (para consultas sobre inadimplências e premissas): 0800 022 82 189 SAC (para dúvidas e readaptações a premissas): 0800 022 12 04 / Ds 8h às 20h	
e importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada. O formulário deve ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.	





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 Insuficiencia cardiaca 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

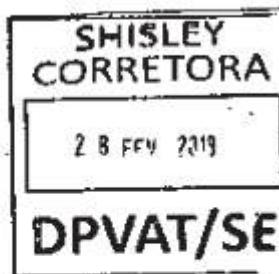
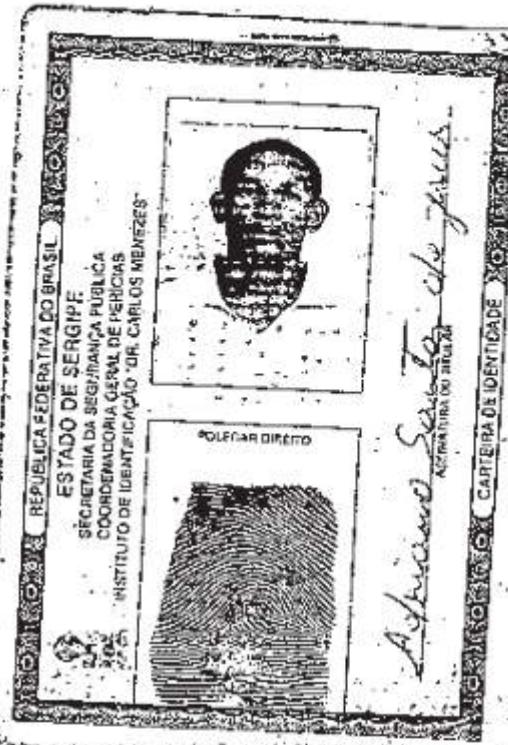
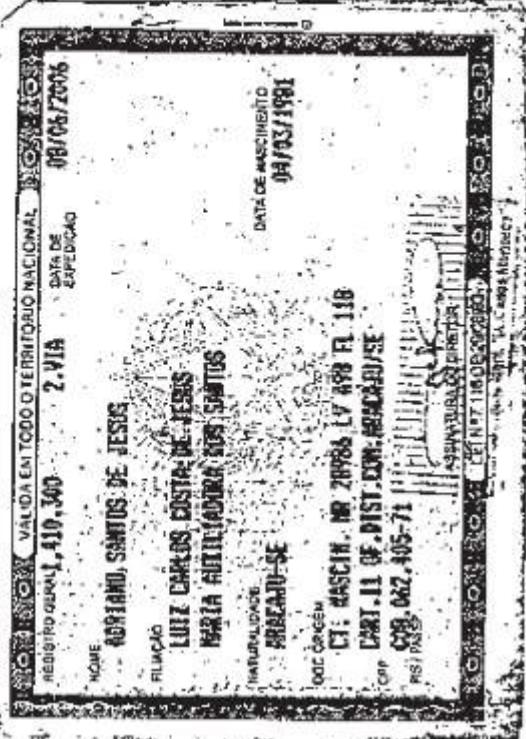
Médico avaliador: RICARDO DIAS DA CRUZ MORAES

CRM do médico: 52294554

UF do CRM do médico: RJ

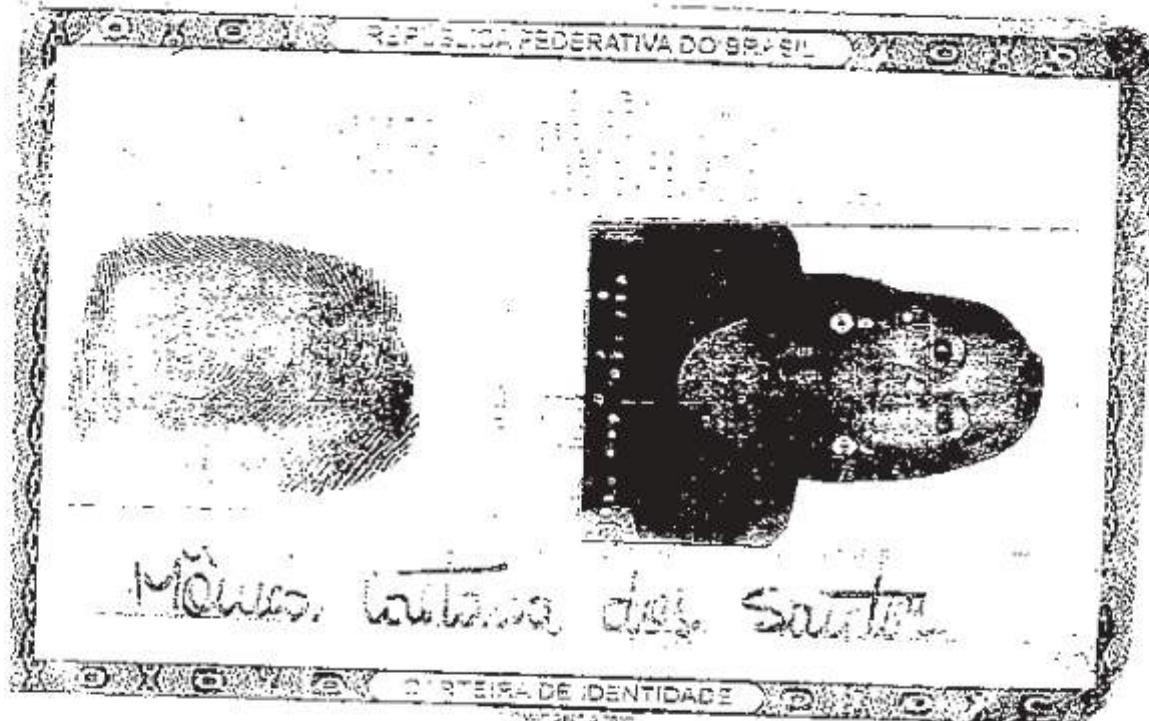
Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Ricardo da Cruz Moraes'.



Outros

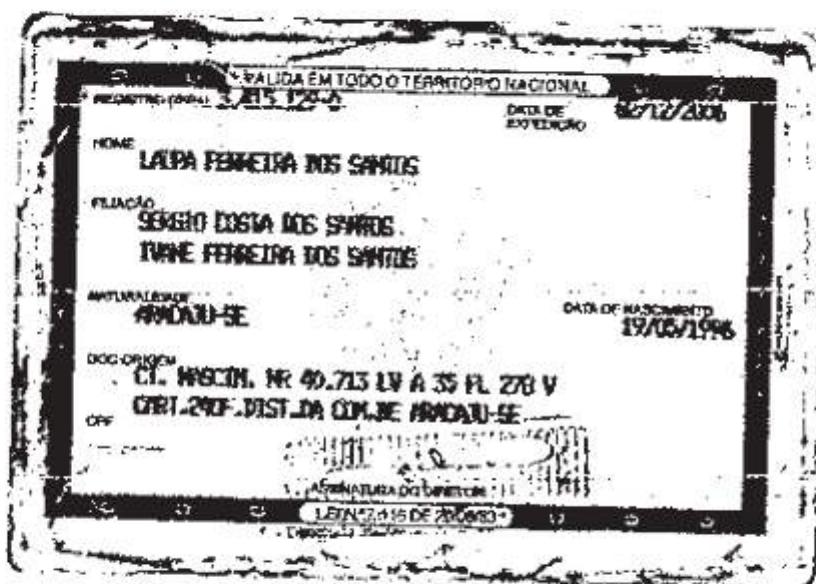


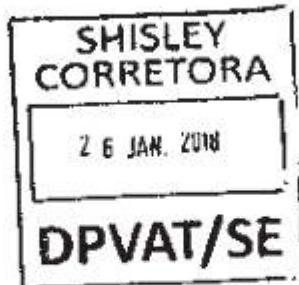


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL 21.05.2005-5	2. VÍA	DATA DE EXPEDIÇÃO 10/01/2013	SHISLEY CORRETORA 28 2013 DPVAT/SE
NOME MONICA LUIZA DOS SANTOS	PAI/LAÇAO JOSE PEDRO DOS SANTOS MARIA JOSE DOS SANTOS	NATURALIDADE SANTOS-SP	
DOC ORIGEM 01.000.000-00 943 LV 09 FL 224	CPF 000.000.000-00	ASSINATURA DO DIRETOR	LEI N° 7.116 DE 29/08/83
2013 FERREIRA			



Documentos de identificação





CARTÓRIO PIERETE

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

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2008

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: **Metilo 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 Sa Moura
MARIA ISABEL DE SA MOURA
ESCREVENTE AUTORIZADA

PRIMEIRA CERTIDÃO (ISENTA DE ENCARGOS - LEI 9534/97)

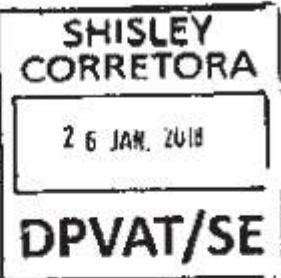


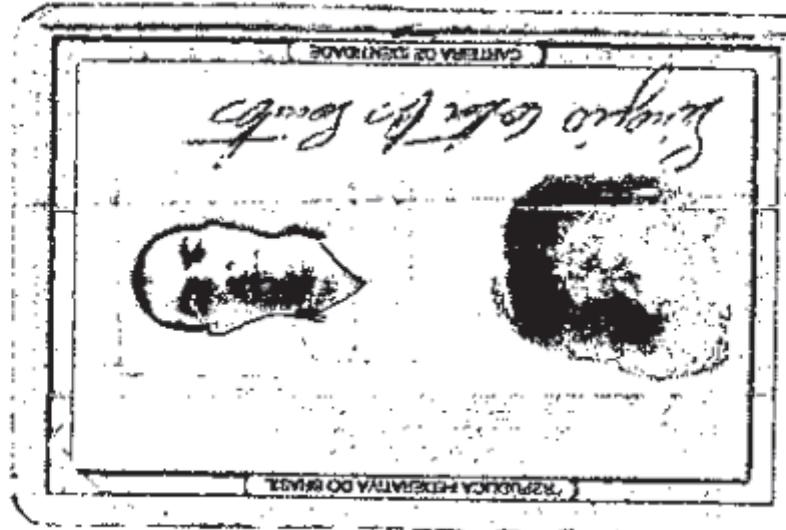
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
1.383.191	2. VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/2010	
MARCIA SANTOS DE JESUS			
PLACA: 0000			
LUIZ CARLOS COSTA DE JESUS			
MARIA AUXILIADORA DOS SANTOS			
NASCIMENTO			
ARACAJU-SE			
NASC. 19/06/1977			
CT. MASCENARO NR 17.415 LV 488 FL 9W			
CAST. 113F, LESTA DELTA, ARACAJU-SE			
CEP. 49115-25			
25/09/2010			



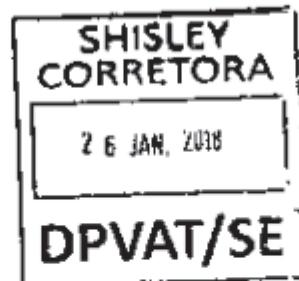
Marcia Santos de Jesus

Documentos de identificação





Documentos de identificação



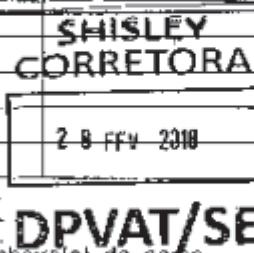
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
RECENDO OFICIAL	1.123.987	2.714
DATA	22/06/2015	
NOME		
SERGIO COSTA DOS SANTOS		
PESO		
PIEDRO MASCIMENTO DOS SANTOS		
LAURA COSTA DOS SANTOS		
NATURALIDADE		
ARACAJU-SE		
DATA DE NASCIMENTO		
09/05/1975		
DOC. DE CRED.		
CT. NASCIM. N° 129464 SP A-102 FL 641.		
CNPJ. 7 OFIC. MIST. CIVL. ARACAJU/SE		
875.760.725-00		

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 dos Santos, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 31/05/2017, faleceu em 26/9/2017, no estado civil de sóteiro (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>Yasmim Jesus Lota dos Santos</u>	<u>Filha</u>		
2. <u>Adiselle Adriana Lota 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 (X) 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 outras 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) MINOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Adriana Santos de Jesus</u>	<u>1410300</u>	<u>00806940571</u>	<u>Adriana Santos de Jesus</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Adriana Santos de Jesus</u>	<u>1410300</u>	<u>00806940571</u>	<u>Adriana Santos de Jesus</u>
2. <u>Mônica Valéria dos Santos</u>	<u>21054053</u>	<u>01533094588</u>	<u>Mônica Valéria 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].



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 sótiro, 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>Isaura Ferreira dos Santos</u>	<u>Filha</u>	<u>3.915.129-0067-408.835-38</u>	
2. <u>Yasmim Ferreira 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 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.

Anexou-se 26.01.2018
LOCAL E DATA

Anexou-se 18.01.20
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA



Isaura Ferreira dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria 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(E) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Maria Santos de Jesus</u>	<u>1.383.191-0848-11535</u>	<u>Maria Santos de Jesus</u>	
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Aline de Souza Barbosa</u>	<u>3.593.610-1768716-59389</u>	<u>Aline de Souza Barbosa</u>	
2. <u>Paulo Cezar de Souza Góes</u>	<u>4.686.333-335-524-3668</u>	<u>Paulo Cezar de Souza Góes</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).



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
PÓLICIA 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

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2017

Bairro: Jabutiana

CEP: 49.095-000

Tipo do Local: Via Pública

DPVAT/SE

Mês(s) Empregado(s)

Natureza

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

ENVOLVIDO(S)

Nome: SERGIO COSTA DOS SANTOS (VITIMA, 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

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1123067

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 875.768.725-00

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: RUA D

Nº: 187

Bairro: Cidade Nova

CEP: 49.070-580

Nome: (DESENHICIDO 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: Deuze Freites da Silva

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 1135509



Delegado de Polícia CMl Daniela Ramos Lima Barreto
Impresso por: Marco Antonio Cruz Dantas

Data de Impressão: 10/01/2016 10:07

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 001467/2017

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 020.985.375-14

Endereço

Município: Aracaju - SE

Logradouro: rua d

Nº: 187

Bairro: Cidade Nova

CEP: 49.070-580

Telefone: (79) 99981-3592 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo	Subgrupo: Motocicleta/Motoneta
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 Adulterado?: Não	Quantidade: 1 Unidade

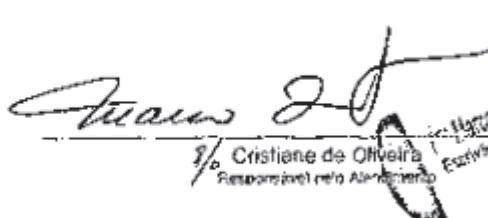
Situação: Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
Sergio Costa Dos Santos	Possuidor

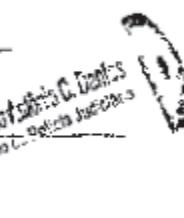
RELATO/HISTÓRICO

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 preferencial. 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 HU/SE 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 HU/SE, uma vez que o quadro havia piorado ficando internado mais três dias. Diz que três dias após a alta retornou ao HU/SE onde ficou por mais treze dias na UTI vindo a falecer no dia 26 de setembro, em virtude de choque cardiorrágico, drenagem pleural bilateral e mediastinica, 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 evadiu-se do local sem prestar qualquer tipo de assistência.

ASSINATURAS



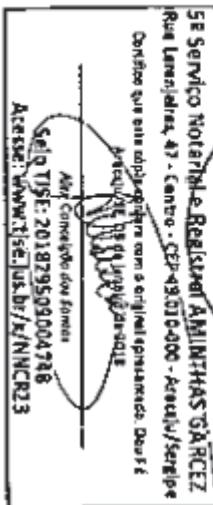
Cristiene de Oliveira
Responsável pelo Alferes



Sandra Regina Freitas da Silva
(Comunicante)

"Declaro para os efeitos da lei de direito penal que sou o(a) titular e responsável pelas informações sobre a ocorrência e deixo que possam responder pelas consequências da presente declaração que cingem, conforme previsto nos Artigos 229, Decreto-lei 3.689 e 440, Comunicação Falsa da Ocorrência ou de Circunstância de Delito - Falso Testemunha."





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: 1123057 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

vinte e seis de setembro de dois mil e dezesseis 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)

DECLARANTE

Cemitério São João Batista, Aracaju - SE

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/x/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

Assinatura do Oficial

1. Selo Digital de Fiscalização
2. Tribunal de Justiça de Sergipe
3. Ofício da Comarca de Aracaju -
27/09/2017 - 09:45:47
Selo TJSE: 201729527234647
Acesse: www.tjse.jus.br/x/6DPTGF



AR PEN BRASILIA AA 007541551 BRF

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

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



Nemi S. M. Oki Fontes
Coordenadora Médica
SAMU 192 - Sergipe
FAX 4553

Tiemi Savuri Menezes Oki Fontes

Coordinadora Médica

SAMU 192 SERGIPE

Autorização de pagamento



NOTA DE 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.seguraderalider.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

875.768.726-00

Sergio Costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Jaura Ferreira dos Santos

CPF titular da conta

067.708.835-38

Profissão

Sum professos

Endereço

Av. General Euclides Figueiredo

Número

183

Complemento

Lado Plan

Bairro

Soledade

Cidade

Aracaju

Estado

Sergipe

CEP

490 89-025

Email

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

RESCOLO INFORMAR

SEM RENDA

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

IRD

AGÊNCIA

Nº

2186

D/V

M/D

CONTA

Nº

00.090-722

D/V

M/D

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

M/D

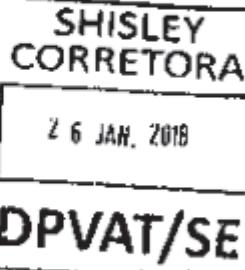
Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito se existir

Informar digito 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 2018

Local e Data

Jaura 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.seguraderalider.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

875.768.72500

Sergio costa dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Marcia Santos de Jesus	CPF titular da conta	018.488.115-35	Profissão	Sem Profissão
Endereço	Rua Maria Fonteica Moraes	Número	204	Complemento	esq 3
Bairro	Olaria	Cidade	Arocace	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	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)			
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	BANCO NRO.	
1500	10003951211	AGÊNCIA NRO.	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	
D/N	D/N	D/N	
CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	BANCO NRO.	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	
D/N	D/N	D/N	

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.

SHISEI CORRETORA

26 JAN, 2018

DPVAT/SE

Arocace SC 18 de Janeiro de 2018

Local e Data

Márcia Santos de Jesus

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LAURA FERREIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180058975

Vitima: 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



Rio de Janeiro, 20 de Março 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: 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



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

Vitima: 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



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

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 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

Pag. 00333/00334 - carta_03 - MORTE



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.

Carta nº 12349321

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 Lider-DPVAT

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.

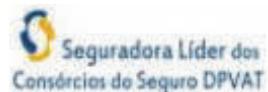
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

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 Lider-DPVAT

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

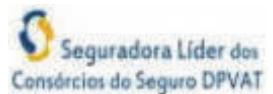
Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/05/2017

SERGIO COSTA DOS SANTOS

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCIA SANTOS DE JESUS

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
Vitima: 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 a 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 retorno 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."

PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

1452519184

Data de Entrada do Requerimento: 23/01/2020 08:51 - Central de Serviços - Internet

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)

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Lider das
Cias. 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

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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SANDRA REGINA FREITAS DA SILVA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Sergio Costa dos Santos
 DATA DO ACIDENTE 26/10/09 CPF DA VÍTIMA 875-768-725-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL BENEFICIÁRIO, CUIJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É ESPOSA

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA B. N° 37

Nº 37 COMPLEMENTO LOT. DENDE BAIRRO CIDADE NOVA
 CIDADE ARACAJU UF SE CEP 49070784
 E-MAIL DRAVACAO2019@GMAIL.COM TELEFONE (19) 991309131

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 CADAVÉRICO (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, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTE A VÍTIMA MÉNOR, 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 DESES

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 DESES

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 DA(A) FILHA(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 23/01/2020

IDENTIDADE 1135509

ASSINATURA Sandálio Rybia, f/ast

87266385

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA RECEBIMENTO SEGURO DPVAT

- **FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT;**
- **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 Corpo de Bombeiros Militar).
- **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;
- **COMPANHEIRO(A)**
 - ✓ RG (ou CNH, Carteira de Trabalho, Certidão de 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;
- **DOCUMENTOS DO BENEFICIÁRIO - FILHOS DA VÍTIMA**
 - ✓ RG (ou CNH, Carteira de Trabalho, Certidão de Casamento ou de Nascimento de cada beneficiário) - cópia simples;
 - ✓ CPF do Beneficiário - cópia simples;
 - ✓ Comprovante de residência - cópia simples.
- **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
E-mail: (79) 9 9931-6152 - diegoraveladv@gmail.com

CARTÓRIO PIERETE

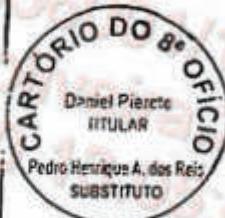
8º Ofício de Notas e Registro
Civil das Pessoas Naturais
República Federativa do Brasil
Aracaju - Estado de

SHISLEY
CORRETORA

26 JAN. 2010

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**, prenda do lar, natural de Aracaju, Estado de Sergipe

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

São avós maternos: **Iuiz 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 Sa Moura
MARIA ISABEL DE SA MOURA
ESCREVENTE AUTORIZADA

PRIMEIRA CERTIDÃO (ISENTA DE ENOLAMENTOS LEI 9534/97)





Documentos de identificação



SHISLEY
CORRETORA
26 JAN. 2018
DPVAT/SE

