

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPE:		Data do óbito:
DIEGO SILVA DE LIMA		394 428 24850 15-07-2018	
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:	*Deixou nascituro?
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº vivos: 7 Nº falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:		
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF: CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	26 SET 2018
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	GENTE SEGURADORA S/A
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	Av. Pra. 1854, Lote 17-MACEIÓ

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: Edna maria dos SANTOS	2 - Nome completo: PEDRO WELLINGTON DA SILVA
CPF: 017 400 064 29	CPF: 540 169 324 91
Local/data: MACEIÓ- 25-09-2018	Local/data: MACEIÓ- AL 25-09-2018
Assinatura: Edna maria dos Santos	Assinatura:



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2010

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854, Lote 17 - MACEIÓ/AL



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Inscrição

081.759.554-65

Nome

ALANA DA CONCEIÇÃO

Endereço

23/11/1983



Emissão
Autônoma

 **CORREIOS**
www.correios.com.br



GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 2000 - Centro - 57017-000 - MACEIÓ/AL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

1887 981200000228-1

DETAN - AL

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VÉHICULO

AL N.º 291884996

DEPARTAMENTO DE TRÂNSITO
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

ABELO FERREIRA DE SANTOS
R. MARQUES DE VASCONCELOS, 1100
CENTRO
CE 57000-000
0-10
CÓDIGO
2202-037468

PLACA
7-471

HOME ANTERIOR
MEMORIAL

PLACA ANTIGA
HB142 AL

CHASSI
HJC2501TR011124

ESPECIE TIPO
PASSEIO/CICLO/

MARCA/Modelo
HONDA/CG 125

CAFÉ/PODE
2P/125 C

ANO FAB.
1976

ANO M.
1979

CATEGORIA
PARTIL

COF. PREDOMINANTE
AZUL

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DATA
14/09/88

LOAN
SIRIJO DO PONTO NO - AL

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2010

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1864, Loja 17 - MACEIÓ/AL

CONDOMINIO EDIFICIO REMBRANT

1 - EDJA MARIA DOS SANTOS

CNPJ: 01.874.389/0001-67

CPF: 017.400.064.29

Aquisição...: 01/05/2016 a 30/04/2017
Férias.....: 01/04/2018 a 30/04/2018

Série CTPS: 0040
Número CTPS: 7682078
Dias Férias.: 30

Trabalho....: 01/05/2018
do Recibo....: 30/03/2018
a...se.....: R\$ 985,67

Dias Abono.: 0

Descrição	Referência	Proventos	Descontos
SALARIO FAMILIA FERIAS	1,00	31,71	
HORAS FERIAS	220,00	985,67	
1/3 DAS FERIAS	33,33	328,56	
INSS FERIAS	8,00		105,13
Totais.....		1.345,94	105,13
Liquidos....:		1.240,81	

importância de (um mil duzentos e quarenta reais e oitenta e um centavos)
e quitação das férias.

MACEIO, 30 de Março de 2018

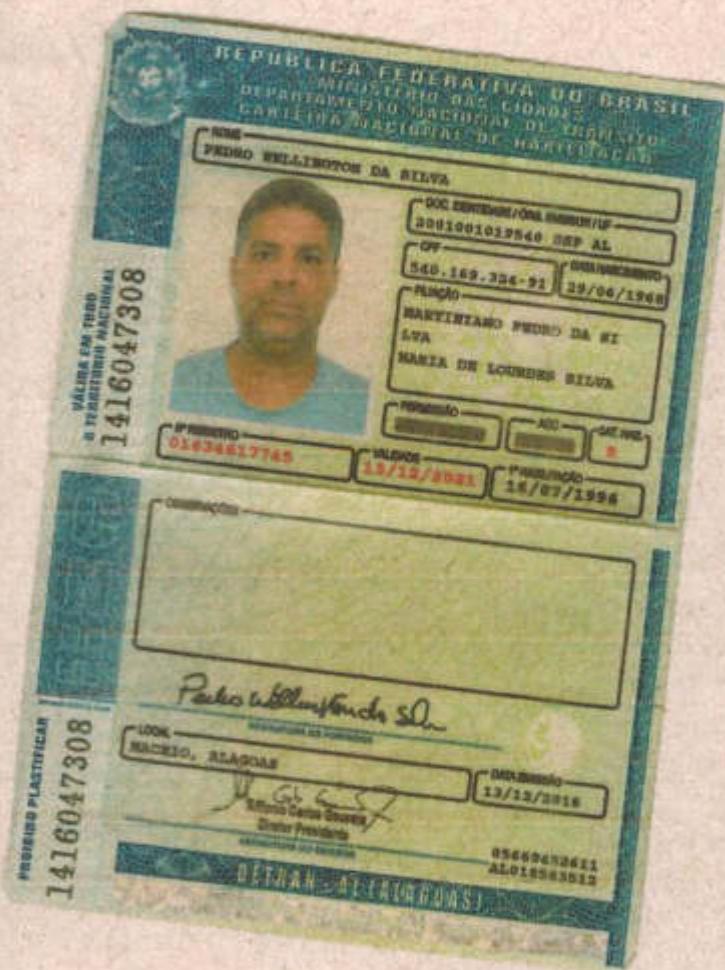
EDJA MARIA DOS SANTOS
EDJA MARIA DOS SANTOS
EDIFICIO REMBRANT

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Páu 1851 - 5017 - MACEIÓ/AL

depos

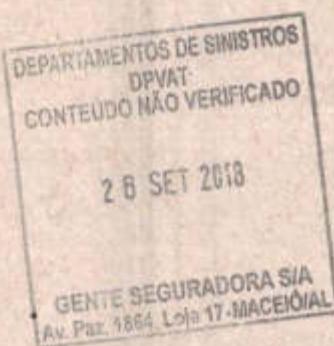


DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1852 - Lote 17 - MACEIÓ/AL

Outras





Detalhes do Veículo:

Proprietário:	ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS
Placa:	MUF4752
Renavam:	205309933
Ano Fabricação:	1996
Ano Licenciamento	1998
Lacre:	0
UF Lacre:	
Marca/Modelo:	HONDA/CG 125 TITAN
Cor:	AZUL
Categoria:	PARTICULAR
Tipo:	MOTOCICLETA
Espécie:	PASSAGEIRO
Combustível:	GASOLINA
Roubo/Furto:	NAO
Restrição de Venda:	NAO
Número AR	

Detalhes de Débitos:

Ano	IPVA	Taxas	Manut. de vias	Seguro	Total
2013	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2014	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2015	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2016	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2017	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2018	0,00	105,00	0,00	185,50	290,50
Total geral					815,50
Total Multas	0,00				
Vistoria	0,00				
Total Taxa Acidente	0,00				
Guincho	0,00				
Valor Diárias Deposito	(Referente a 0	diárias)	0,00		
Total dos Débitos	815,50				

Detalhes de Infrações:



Nenhuma infração encontrada.

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1864, Loja 17-MACEIÓ/AL

Q OT Ross

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354871/18

Vítima: DIEGO SILVA DE LIMA

CPF: 394.428.248-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: DIEGO SILVA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

*Sinistro: 318045 1030
Protocolo: 473931*

FELIPE DA SILVA RAMOS : 084.835.534-22

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PENELOPE MARIA CONCEICAO DE LIMA :

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ALANA DA CONCEICAO : 081.759.554-65

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 entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018
Nome: FELIPE DA SILVA RAMOS
CPF: 084.835.534-22

FELIPE DA SILVA RAMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA
CPF: 091.128.924-08

João Luiz Alves Pinto de Oliveira
JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ALANA DE CONCEICAO

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRA

Identidade: 4035283-B

CPF: 08175955465

Profissão: AGRICULTORA

Endereço: RUA SANTA CRUZ N° 428 CENTRO OLIM PRAIA DAS FLORES

CEP: 57442000

Telefone: ()

26 SET 2013

DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

OUTORGADO:

Nome: FELIPE PA SILVA RAMOS

Nacionalidade: BRASILEIRO

Estado Civil: CASADO

Identidade: 32466277 5CDS-1L

CPF: 08483553422

Profissão: RECUSO

Endereço: RUA MANOEL BARBOSA N° 28 OLHO D'AGUA DAS FLORES-PR

CEP: 57442000

Telefone: ()

GENTE SEGUROADORA S/A
Av. Paz 1056 (Loja 17) - MACAE/SP

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo estabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: DIEGO SILVA DE LIMA

Local e data

Alana da Conceição

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354871/18

Vítima: DIEGO SILVA DE LIMA

CPF: 394.428.248-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: DIEGO SILVA DE LIMA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

FELIPE DA SILVA RAMOS : 084.835.534-22

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PENELOPE MARIA CONCEICAO DE LIMA :

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ALANA DA CONCEICAO : 081.759.554-65

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 entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018
Nome: FELIPE DA SILVA RAMOS
CPF: 084.835.534-22

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA
CPF: 091.128.924-08

FELIPE DA SILVA RAMOS

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: ALANA DA CONCEICAO

Nº Sinistro: 3180451030

Vitima: DIEGO SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 15/07/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180451030**.

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

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Carta nº: 13462568

A/C: ALANA DA CONCEICAO

Nº Sinistro: 3180451030
Vitima: DIEGO SILVA DE LIMA
Data do Acidente: 15/07/2018
Cobertura: MORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALANA DA CONCEICAO

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000004592

Conta: 0000014530-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário 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 com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

394.428.248-56

Nome completo da vítima

DIEGO SILVA DE NMQ

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Alma da conceição	081754.554-65	Recluso
Endereço	Número	Complemento
Rua Santa Cruz	428	
Bairro	Estado	CEP
Centro	AC	57442 000
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA

4592

D/V

14530 3

D/V

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

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 e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1856 - Lote 17 - MACEIÓ/AL

Manoel de Souza de 2018

Local e Data

Diego da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ACOSTAMENTO

PONTO DE IMPACTO

V1

V2

V1

V2

V3

V4

V5

V6

V7

V8

V9

V10

V11

V12

V13

V14

V15

V16

V17

V18

V19

V20

V21

V22

V23

V24

V25

V26

V27

V28

V29

V30

V31

V32

V33

V34

V35

V36

V37

V38

V39

V40

V41

V42

V43

V44

V45

V46

V47

V48

V49

V50

V51

V52

V53

V54

V55

V56

V57

V58

V59

V60

V61

V62

V63

V64

V65

V66

V67

V68

V69

V70

V71

V72

V73

V74

V75

V76

V77

V78

V79

V80

V81

V82

V83

V84

V85

V86

V87

V88

V89

V90

V91

V92

V93

V94

V95

V96

V97

V98

V99

V100

V101

V102

V103

V104

V105

V106

V107

V108

V109

V110

V111

V112

V113

V114

V115

V116

V117

V118

V119

V120

V121

V122

V123

V124

V125

V126

V127

V128

V129

V130

V131

V132

V133

V134

V135

V136

V137

V138

V139

V140

V141

V142

V143

V144

V145

V146

V147

V148

V149

V150

V151

V152

V153

V154

V155

V156

V157

V158

V159

V160

V161

V162

V163

V164

V165

V166

V167

V168

V169

V170

V171

V172

V173

V174

V175

V176

V177

V178

V179

V180

V181

V182

V183

V184

V185

V186

V187

V188

V189

V190

V191

V192

V193

V194

V195

V196

V197

V198

V199

V200

V201

V202

V203

V204

V205

V206

V207

V208

V209

V210

V211

V212

V213

V214

V215

V216

V217

V218

V219

V220

V221

V222

V223

V224

V225

V226

V227

V228

V229

V230

V231

V232

V233

V234

V235

V236

V237

V238

V239

V240

V241

V242

V243

V244

V245

V246

V247

V248

V249

V250

V251

V252

V253

V254

V255

V256

V257

V258

V259

V260

V261

V262

V263

V264

V265

V266

V267

V268

V269

V270

V271

V272

V273

V274

V275

V276

V277

V278

V279

V280

V281

V282

V283

V284

V285

V286

V287

V288

V289

V290

V291

V292

V293

V294

V295

V296

V297

V298

V299

V300

V301

V302

V303

V304

V305

V306

V307

V308

V309

V310

V311

V312

V313

V314

V315

V316

V317

V318

V319

V320

V321

V322

V323

V324

V325

V326

V327</div

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Alagoas
COMARCA DE Olho d'Água dos Pés
MUNICÍPIO DE "
DISTRITO DE "

Rosa Maria de Lima Torres

Oficial Ex-criava: do Registro Civil

Nascimento N.o -10.348-

CERTIFICO que, às fls. -274- do livro n.o -A-10- de Registro de Nascimentos, foi levantado: Hoje assento de DIEGO SILVA DE LIMA:

nascido 0 ano onze(11) de novembro(11) de mil novecentos e oitenta e sete(1987) 09 horas e minutos, em na Maternidade de Pão de Açucar, Alagoas:

filho de Djalma de Lima:
natural de Alagoas:
e de Dona Maria Inácia da Silva:
natural de Alagoas:

Sendo avós paternos:
e Dona Maria José de Lima:
e avós maternos Victor Elio da Silva:
e Dona Margarida Maria da Cuccicchio:
Foi declarante O genitor:
e serviram de testemunhas AS constaçoes no termo:

Observações: Registro levantado em 04 de julho de 1987

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2010

O referido é verdade e dou fé.
Olho d'Água dos Pés, AL., 09 de julho(07) de 1987

Rosa Maria de Lima Torres
Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

DIEGO SILVA DE LIMA

cópia não autenticada

CPF

394.428.248-56

MATRÍCULA:

002386 01 55 2018 4 00006 104 0004580 22

SEXO
Masculino

COB
Ignorada

ESTADO CIVIL E IDADE
Solteiro, 30 anos

NATURALIDADE
Pão de Açúcar-AL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
RG Nº 466629345 SP, CPF Nº
394.428.248-56, Título de eleitor Nº
364561780159 zona 42 seção 91 da cidade
de Olho d'Água das Flores-AL, CTPS Nº
90792 Série 00344-SP

ELEITOR
Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
Filho de Djalma de Lima e de Maria Luiza da Silva. Residência do falecido: Rua Santa Cruz, centro, Olho D'Água das Flores-AL

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Quinze de julho de dois mil e dezoito, às 18h15min.

DIA
15

MÊS
07

ANO
2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Rod AL 220, Povoado Marruá, município de: São José da Tapera-AL

CAUSA DA Morte

Politraumatismo, (Traumatismo Crânio - encefálico e hemorragia interna), Instrumento Contundente

SEPLUTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemiterio Publico desta cidade, Alagoas.

DECLARANTE

DJALMA DE LIMA, RG Nº 754326, CPF/MF Nº 525.178.104-00, profissão agricultor, estado civil solteiro, residente Rua Santa Antonio, nº 142, centro, nesta cidade/AL, pai do falecido

NOME E Nº DE DOCUMENTO DOS MÉDICOS QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

Dr José Claudio Buarque de Gusmão, CRM 3026

AVERAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCER

Ato registrado no livro C-6, às folhas 104 , sob o nº 4580. Data do registro: 17 de julho de 2018. Data do óbito: 15 de julho de 2018. Profissão do falecido: agricultor. Data de nascimento do falecido: 11 de novembro de 1987. Era portador do título de eleitor nº 364561780159, Zona 42, Seção 91. Solteiro. Não deixou bens nem testamento, era eleitor, deixou zero filhos maiores e dois filhos menores. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
CTPS	90792 Série 00344/SP			
RG	466629345			

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
Título de Eleitor	364561780159	42/91	Olho	UF DPVAT AL CONTEUDO NÃO VERIFICADO
CEP Residencial	57442-000			26 SET 2018

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício
Serviço de Registro Civil e Natus. Único Ofício

Oficial Registrador
Sueli Bomfim de Oliveira

Município/UF
Olho d'Água das Flores/PE

Endereço
Rua da Assembleia, 10 - Centro



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
GENESEGURÓPES S/A
Olho d'Água das Flores, 17 de julho de 2018.
Av. Paz, 1864, Loja 17-MACEIÓ/AL

Oficial AA 071211

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANA DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04592

CONTA: 000000014530-3

Nr. da Autenticação FB997AC31D6A0579



Eletrobras

Distribuição Alagoas

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS

Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL
CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

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

NF: 6958027

MARIA APARECIDA DOS SANTOS

R SANTA CRUZ, 428 ,

CENTRO

57442000 OLHO D'AGUA DAS FLORES

AL

CÓDIGO ÚNICO 2962470	MÊS 06/2018	PERÍODO DE CONSUMO 22/05/18 a 21/06/18
CONSUMO (kWh) 98	VENCIMENTO 01/07/18	TOTAL A PAGAR R\$ 94,12

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Eletrobras: 0800 082 0196

autenticação mecânica

recorte aqui

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS

Eletrobras

Distribuição Alagoas

Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

CÓDIGO ÚNICO

2962470

MÊS

06/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 94,12

836000000007.941200030000.000000002964.247006180050



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu TELIXE M. SILVA RAMOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 084 835 534 / 22 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PCNICO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, do sinistro de DPVAT cobertura MOTOR da Vítima Diego Silveira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 394 428 248 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Acad Renda: Acad e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>RUA MANDOL BALBOA</u>	Número	<u>28</u>	Complemento
Bairro	<u>CENTRO</u>	Cidade	<u>OLHO D'ÁGUA DAS FLORES</u>	Estado <u>RJ</u> CEP <u>57442 000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

Maio de 16 de Setembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paulista 117 - MACEIÓ/AL