

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: DIEGO SILVA DE LIMA		CPF: 394 428 24850	Data do óbito: 15-07-2018
Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: 1 N° falecidos:	*Deixou nascituro? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:		

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: PENELOPE MARIA CONCEIÇÃO DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF:
Local/data: MACEIO 25-09-2018	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): calaxa da conceição	
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):	
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):	
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

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854, Loja 17-MACEIO-AL

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: EDJA MARIA DOS SANTOS	2 - Nome completo: PEDRO WELLINGTON DA SILVA
CPF: 017 400 064 29	CPF: 540169324 91
Local/data: MACEIO 25-09-2018	Local/data: MACEIO-AL 25-09-2018
Assinatura: Edja maria dos santos	Assinatura:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL - MARIA PEDRO DE SALES

Polegar Direito



Alana da Conceição

ANALISTA DO FILIAL

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4035283-8

ALANA DA CONCEIÇÃO

ANALISTA DA CONCEIÇÃO

OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL

CERTO NASC 12887 FLS 17 LIV A-13

OLHO D'ÁGUA DAS FLORES-AL

081.759.554-65

1 VTA

29/04/2015

23/11/1983

Alana

MARIA BALLENA CAVALHO DA SILVA

SECRETARIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

LEI Nº 7.118 DE 20/03/83

P 16

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854, Loin 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 CONCEICAO

Nascimento
23/11/1983



Cartão de Uso pessoal e individual
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
Abril/2004



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz 17 - 17 - MACEIO/AL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DET. AN - AL

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

AL Nº: 291884996

981200000228-1

COD. REGISTRO: 2953079

PLACA: 2281-037406

ANTONIO CARLOS DOS SANTOS
R. MAC. ADEL. L. 180-71
CENTRO
57390000 0-10 2-100A GRANDE

CHASSI: HB142 AL 91 JC2501TR01111

ESPECIE TIPO: PAS/MO100CLOA

MARCA/MODEL: HONDA/CC 125

CAP. POT. CL: 2P/125 C

CATEGORIA: PARTIL

OCUL. PREDOMINANT: AZUL

SEM RESERVA DE DOMINIO

DIRAD DO FOND. Nº 1010

DATA: 14/04/95

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

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

CONDOMINIO EDIFICIO REMBRANT

1 - EDJA MARIA DOS SANTOS

CNPJ: 01.874.389/0001-67

CFF: 017.400.064.29

Aquisição....: 01/05/2016 a 30/04/2017
Férias.....: 01/04/2018 a 30/04/2018
Trabalho.....: 01/05/2018
do Recibo.....: 30/03/2018
base.....: R\$ 985,67

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

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

EDIFICIO REMBRANT

EDJA MARIA DOS SANTOS

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
28 SET 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1454, 10º 17 - MACEIO/AL

apros

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABITUAÇÃO

NOME
PEDRO WELLINGTON DA SILVA

FOTO

DOC. IDENTIFIC./ORA. HABITUAÇÃO
20010010129640 DEP AL

CPF
540.169.334-91

DATA DE NASCIMENTO
29/06/1968

PLACAO
MARTINIANO PEDRO DA SI
LVA
MARIA DE LOURDES SILVA

PERMISSÃO
VALOR
01434817745

VALIDADE
13/12/2016

PRELIMINAR
16/07/1996

ASSINATURA
Pedro Wellington da Silva

LOCAL
NASCIMENTO, ALAGOAS

DATA DE EMISSÃO
13/12/2016

ASSINATURA DO PRESIDENTE
Gente Seguradora S/A

05609673611
AL018583512

DETAN - ALAGOAS

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1416047308

PROIBIDA PLASTIFICAR
1416047308

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854 - Lj 17 - MACEIÓAL

Autros

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3258656-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/11/2006

NOME EDJA MARIA DOS SANTOS

FILIAÇÃO JOSÉ ALVES DOS SANTOS
MARLUCE MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE MACEIO - AL DATA DE NASCIMENTO 12/10/1977

DOC. ORDEM CERTO NASC 1172 FLS V4 LIV 2
PARIPUEIRA - AL

1 VIA

CEL BM MANOEL MARQUES
DIRETOR DE IDENTIFICAÇÃO CSAL

P. 306

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 SET 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1884 Loja 17 - MACEIO/AL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA COORDENADORA DE JUSTIÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE LUIZ MARINHO DOS SANTOS
CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES

Foto 3x4

Foto 3x4

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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, 1854, Loja 17-MACEIÓ/AL

O UT ROS

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

Data do acidente: 15/07/2018

CPF de: Próprio

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
Pré-Sinistro: 473939

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

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ALANA DA CONCEIÇÃO
Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: SOLTEIRA
Identidade: 4035203-B
CPF: 08175955465
Profissão: AGRICULTORA
Endereço: AV. SANTA CRUZ N.º 428 OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - OL
CEP: 5744200
Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: FELIPE DA SILVA RAMOS
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: CASADO
Identidade: 32466277 SCD5-M
CPF: 08483553422
Profissão: RECUSO
Endereço: RUA MANOEL BARBOSA N.º 28 OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - OL
CEP: 5744200
Telefone: ()

10% DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2013

GENIE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1056 - Lote 12 - MACEIÓ/AL

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 substabelecer 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: DEGO SILVA DE LIMA



Local e data

Alana da Conceição

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

RECIBO DE PAGAMENTO
O valor de R\$ 1.364,13 (mil e trezentos e sessenta e quatro reais e treze centavos) foi pago em 19/07/2013.
Assinado por: Alana da Conceição
Assinado por: Luiz Bani - Diretor
Data: 19/07/2013
Rua da Assembleia, 170 - O. Flores - AL
CEP 57442-000
CARTÃO DE CANCELAMENTO
BM393418

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354871/18

Vítima: DIEGO SILVA DE LIMA

CPF: 394.428.248-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO SILVA DE LIMA

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

Carta nº 13418402



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 NUNES
---------------------------	--	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alma da Conceição	CPF titular da conta 081.754.554-65	Profissão Recus
Endereço Rua Santa Cruz	Número 428	Complemento
Bairro Centro	Cidade Olho D'Água Paulista	Estado SP
Email	CEP 57442-000	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
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 4592 D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	
CONTA NRO. 14530 D/V 3 OK (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="checkbox"/> (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.

Alma da Conceição de **Novo** de **2018**
Local e Data



Alma da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Comando do Policiamento do Interior
CPAI - I 7º BPM

431

F. ma da Conta

Habil. de condutor

Boletim de Ocorrência Nº 43

4752-AL

v-2

N IDENT

v-3

XXXXXXXXXXXX

JOVIA ESTADUAL (AL-220), POVOADO MARRUA/SÃO JOSÉ DA TAPERA/AL

18:00

Dia da Semana DOMINGO

Data 15/07/2018

TIPOS	Capotamento	Tombamento	Incêndio	Saída de pista	Casa/muro	Choque: Barranco/defensa		
	Colisão: Frontal	Traseira	X Longitudinal	Abaloamento: Transversal	Atropelamento: Pedestre	Animal	V. parado	Poste

Condições presumíveis dos condutores:

	v1	v2	v3
Aparência normal			
Aparência sonolenta			
Sintomas de embriaguez			
Mal súbito			
Permaneceu no local	X		
Prestou socorro à vítima			
Evadiu-se do local		X	
Outras	X		

Classificação:

Com vítimas	X
Danos materiais	X

Tempo:

Claro	
Nublado	
Chuvoso	
Nevoeiro	
Outros	X

Luz:

Dia	
Entardecer	
Amanhecer	
Noite	X
Rodovia iluminada	
Rodovia sem iluminação	X

Pavimento:

Asfalto	X
Terra	
Concreto	
Calçamento	

V
1

Placa	MUF-4752-AL	Marca/modelo	HONDA/CG 125 TITAN		
Espécie:	Passeio	Coletivo	Moto	X Outras	
	Táxi	Carga	Bicicleta		
Proprietário	ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS				
Endereço	XX				
Motorista	DIEGO SILVA DE LIMA				
Endereço	RUA DA CRUZ, S/N - CENTRO/OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL				
Data de nascimento	11/11/1987	Categoria CNH	XXXXXXXXXX		
Procedência e destino do veículo	SÃO JOSÉ DA TAPERA/AL A OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL				
Danos materiais	MÉDIA MONTA				
Leitura do bafômetro:	0,01 a 0,03	0,04 a 0,05	0,06 a 0,08	0,09 a 0,15	0,16

Validade do seguro 27/02/1999

RENAVAM 00205309933
Chassi 9C2JC250TTR011154

Nº Habilitação

Data de Habilitação

Velocidade estimada XXXXXX

V
2

Placa	XXXXXXXXXXXX	Marca/modelo	NÃO IDENTIFICADO		
Espécie:	Passeio	Coletivo	Moto	Outras	
	Táxi	Carga	Bicicleta		
Proprietário	XX				
Endereço	XX				
Motorista	EVADIU-SE DO LOCAL				
Endereço	XX				
Data de nascimento		Categoria CNH	XXXXXXXXXX		
Procedência e destino do veículo	XX				
Danos materiais	XX				
Leitura do bafômetro:	0,01 a 0,03	0,04 a 0,05	0,06 a 0,08	0,09 a 0,15	0,16

Validade do seguro

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉÚDO NÃO VERIFICADO

RENAVAM XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Chassi XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Nº Habilitação XXXXXXXXXXXXX

Data de Habilitação

28 SET 2018
GENTE SEGURADORA S/A

Velocidade estimada XXXXXX

V
3

Placa	XXXXXXXXXXXX	Marca/modelo	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	
Espécie:	Passeio	Coletivo	Moto	Outras
	Táxi	Carga	Bicicleta	
Proprietário	XX			
Endereço	XX			
Motorista	XX			
Endereço	XX			
Data de nascimento		Categoria CNH	XXXXXXXXXX	
Procedência e destino do veículo	XX			
Danos materiais	XX			

Validade do seguro

RENAVAM XXXXXXXXXXXXXXXX
Chassi XXXXXXXXXXXXXXXX

Nº Habilitação XXXXXXXXXXXXX

Data de Habilitação

Velocidade estimada XXXXXX

LEGENDA:

- ☐ Caminhão, Carreta, Caroneta
- ☐ Estado dos Freios
- ☐ Frenagem
- ☐ Trajetória antes do Acidente
- ☐ Semáforo
- ☐ Incêndio
- ☐ Indícios
- ☐ Ônibus
- ☐ Placa
- ☐ Tombamento
- ☐ Trem
- ☐ Trajetória após o Acidente
- ☐ Pedestre, Cadáver
- ☐ Bicicleta, Similares
- ☐ Ponto de Impacto
- ☐ Marcha à Frente
- ☐ Marcha à Ré
- ☐ nº de Metros Aproximados
- ☐ Patinação, Derrapagem
- ☐ Sentido do Tráfego
- ☐ Sinal / Marca
- ☐ Objeto Fixo

ACOSTAMENTO

TRAVEJO DAS FLORES

ACOSTAMENTO

S.J. TAPERA

Vítimas:

Nome	DIEGO SILVA DE LIIMA			Sexo:	Mas <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	RUA DA CRUZ, S/N - CENTRO/OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL			Nascimento	11/11/1987
Morte:	no local <input checked="" type="checkbox"/>	posterior <input type="checkbox"/>	Tipo: pedestre <input type="checkbox"/>	condutor <input checked="" type="checkbox"/>	passageiro <input type="checkbox"/>
Nome	XX			Sexo:	Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	XX			Nascimento	
Morte:	no local <input type="checkbox"/>	posterior <input type="checkbox"/>	Tipo: pedestre <input type="checkbox"/>	condutor <input type="checkbox"/>	passageiro <input type="checkbox"/>
Nome	XX			Sexo:	Mas <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
Endereço	XX			Nascimento	
Morte:	no local <input type="checkbox"/>	posterior <input type="checkbox"/>	Tipo: pedestre <input type="checkbox"/>	condutor <input type="checkbox"/>	passageiro <input type="checkbox"/>

Testemunhas:

Nome	EUFRASIO DE LIMA	
Endereço	CONJ. MANOEL FLORIANO DE ABREU, S/N - CENTRO/OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL	
Nome	GEANO DOS SANTOS	
Endereço	RUA 15 DE NOVEMBRO, 57 - CENTRO/OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL	
Nome	XX	
Endereço	XX	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz 1854, Loja 17-MACEIO/AL

Narrativa:

Segundo vestígios presentes no local do sinistro e relatos de testemunhas, V1(HONDA/CG 125 TITAN PLACA MUF-4752-AL) e V2(NÃO IDENTIFICADO), que se sabe, trata-se de um caminhão. Trafegavam na Rodovia Estadual(AL-220), no mesmo sentido direcional - São José da Tapera/AL à Olho D'Água das Flores/AL. Quando, nas imediações do Povoado Marruá, pertencente ao Município de São José da Tapera/AL, o condutor do V2 ao reduzir a velocidade do veículo, em razão da existência de um redutor de velocidade (LOMBADA), foi colidido na parte traseira pelo V1. Após o impacto o V1 tombou; Condutor do V2(NÃO IDENTIFICADO) evadiu-se do local com o veículo.

Informações: Largura da Pista = 7metros; Larguras dos Acostamentos 2metros.

No sinistro houve danos materiais no veículo. Todavia, o condutor do V1, Sr. DIEGO SILVA DE LIIMA teve óbito no local.

É necessário ressaltar que se fizeram presentes ao local do acidente: equipe do Instituto Médico Legal, Agentes da Polícia Civil (plantonistas do 34º DP de Santana do Ipanema-AL) para os procedimentos cabíveis.

Marcelo Roberto de Souza

Olho D'Água das Flores/AL, 13/08/2018

Márcio Jean Gomes da Silva - CAP QOC PM Mat. 94962

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Alagoas
COMARCA DE Olho d'Água das Flores
MUNICÍPIO DE "
DISTRITO DE "



-Rose Maria de Lima Torres-

Oficial B. Escrivã: do Registro Civil

Nascimento N.º -10.348-

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

nascido em onze(11) de novembro(11) de mil novecentos e oitenta e sete(1987) às 09 horas e " minutos, em na Maternidade de São João de Acucar, Alagoas:

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

Sendo avós paternos "
e Dona Maria José de Lima:
e avós maternos Victor Elói da Silva:
e Dona Margarida Maria da Conceição:
Foi declarante O genitor:
e serviram de testemunhas As constarem no termo:

Observações: Registro levado em 04 de julho de 1986
S 7
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 SET 2010
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854 - Lote 17 - MACEIÓ/AL

O referido é verdade e dou fé.
Olho d'Água das Flores, AL. 09 de julho(07) de 1980.

Rose Maria de Lima Torres
Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL E NOTAS DE CASAMENTOS E NATURAIS

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

COR

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 Maruá, município de, São José da Tapera-AL

CAUSA DA MORTE

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

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério Público 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 DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

Dr José Claudio Buarque de Gusmão, CRM 3026

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ADICIONAR

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
CEP Residencial	57442-000			AL CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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 Notas - Único Ofício

Oficial Registrador
Sueli Bomfim de Oliveira

Município/UF
Olho d'Água das Flores/AL

Endereço
Rua da Assembleia, 30 - Centro

FEDERAL
ISENTO
AB890780

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Olho d'Água das Flores, 17 de julho de 2018.

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



TIM Celular S.A.
Av. Da Paz, 2262 - Sala 6 Moçoilo AL
Sobral - Ceará - AL
CNPJ: 04.206.050/0001-65 - IE: 24.104.713-7
CPF do titular: 04.206.050/0001-65

R\$ 44,99

VENCIMENTO

25/05/2018

EMIÇÃO: 07/05/2018

POSTAGEM: 14/05/2018

NÚMERO: 3395260020

DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000000000364553366010

FELIPE DA SILVA RAMOS
MANOEL BARBOSA, 28, CASA
CENTRO
57442-000 - OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL

CPF: 084.835.3422

CLIENTE: 164553366

ACESSO: 82 99610-2762

IMPORTANTE PARA FELIPE

SERVIÇOS

☒ **PLANOS CONTRATADOS**

VALOR
R\$ 44,99

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA

PLANOS CONTRATADOS

Franchia TIM Controle Light Plus: 82956102762

(093/PCS/SMIP)

TIM Backup 5GB (Incluso)

TIM Backup Virtual (Incluso)

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	30,19
-	-	1	-	-	3,90
-	-	1	-	-	10,90
Total de Planos Contratados					44,99

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

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

Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para o central de atendimento TIM.

TIM

NOME DO CLIENTE

FELIPE DA SILVA RAMOS

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

0000000000364553366010

MES DE REFERÊNCIA

MAI/2018

DATA DE EMISSÃO

07/05/2018

DATA DE VENCIMENTO

25/05/2018

VALOR

R\$ 44,99

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

0018225629 - 0

0003555000 - 3

4400010001 - 7

8467000000 - 5



NOTA FISCAL DE SERVIÇOS
DE TELECOMUNICAÇÕES

NÚMERO: 000.074.700 5

Tim Celular S.A.
Av. Da Paz, 2262 Sala 6 Moçoilo AL
CNPJ: 04.206.050/0001-65 - IE: 24.104.713-7

EMIÇÃO: 07/05/2018
CPF: 084.835.3422
REFERÊNCIA: MAI/2018
PERÍODO: 07/04/2018 A 06/05/2018
CPQ: 5.307

ENDEREÇO FISCAL

FELIPE DA SILVA RAMOS

CPF: 084.835.3422

MANOEL BARBOSA, 28, CASA

CENTRO

57442-000 - OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1. Franchia TIM Controle Light Plus	1	30%	3,65%	30,19
TOTAL TIM:				30,19

9,06

Base de Cálculo R\$30,19

Alíquota 30%

Alíquota 3,65%

Reservado ao Fisco: 3604,983,5469,621,6070,3843,38C3,FF7E

IMPOSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	RS 920
ICMS	30%	RS 30,19	RS 9,06	FUNTEL	RS 0,10
PIS/COFINS - Serviço Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviço Não Telecom	3,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições do FUST (TN) e FUNTEL (RSN) não são representadas na tarifa.

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA ONLINE TIM

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meutim.com.br.
Central de Atendimento: 1055

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.

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 FELIPE DA SILVA RAMOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 084 835 534 / 22, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PERNELOPS MARIA CONCEIÇÃO DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima PIEGO SILVA DE LIMA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 394 428 248 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: advogado Renda: plena 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 MANOEL BALBOA</u>		Número <u>28</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>OLHO D'ÁGUA DAS FLORES</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>57442-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)

Maio 16 de Setembro de 2018
Local e Data

Felipe da Silva Ramos
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz 1354 - 1º andar - MACEIÓ