

	Protocolo Nº 20230525183606658 Sua solicitação foi enviada à 1ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda da Comarca de ITAPORANGA D'AJUDA em 25/05/2023 18:36 por KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, OAB 2592##SE.
---	---

DADOS DO PROTOCOLO**Tipo de Protocolo:** PETICIONAMENTO GERAL - Outras Petições**Processo:** 201971000986**Classe:** Procedimento Comum

Dados do Processo Origem			
Número 201971000986	Classe Procedimento Cível	Comum	Competência 1ª Vara Cível e Criminal de Itaporanga Dajuda
Guia Inicial 201911600966	Situação ANDAMENTO	Distribuido Em: 24/04/2019	

Partes		
Tipo	CPF	Nome
Requerente	00288874501	ANA CARLA SANTOS RESENDE
Requerido		SEGURADORA LIDER

Anexos		
	Nome	Tipo
1	2861154_ALEGACOES_FINALS_01.pdf	Petição
2	2861154_ALEGACOES_FINALS_Anexo_02.pdf	Outros documentos

ATENÇÃO!

1. Documentos produzidos eletronicamente serão considerados originais, para os efeitos da lei, devendo os originais dos documentos digitalizados ser preservados pelo seu detentor até o trânsito em julgado da sentença ou, quando admitida, até o final do prazo para interposição de ação rescisória.
2. Os documentos cuja digitalização seja tecnicamente inviável devido ao grande volume ou por motivo de ilegibilidade deverão ser apresentados ao cartório ou secretaria no prazo de 10 (dez) dias contados do envio de petição eletrônica comunicando o fato, os quais serão devolvidos à parte após o trânsito em julgado.
3. Ressalvados os casos de sigilo e segredo de justiça, os documentos digitalizados juntados em processo eletrônico somente estarão disponíveis para acesso por meio da rede externa para suas respectivas partes processuais, através dos seus advogados, e para o Ministério Público.
4. Caso haja impedimento para o registro do processo eletrônico pelo Juízo, a solicitação será devolvida ao Portal do patrono solicitante (advogado, defensor público ou promotor de justiça), a fim de que possa ser submetido à regularização.
5. Atualize o seu e-mail para o Sistema Push. Este serviço promove o envio de correspondência eletrônica, dando-lhe informações sobre o andamento dos processos ajuizados por Vossa Senhoria. Se for caso de vinculação posterior a processos, o cadastro deverá ser realizado através do Portal TJSE.

Imprimir



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE ITAPORANGA DAJUDA/SE

Processo: 201971000986

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ANA CARLA SANTOS RESENDE** que lhe promove **OZIREZ ISBELO DE MORAIS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem apresentar a presente **ALEGAÇÕES FINAIS em forma de MEMORIAIS**, o que faz consubstanciado nas razões que seguem abaixo, expondo para em seguida requerer:

Alegam os autores em sua peça vestibular que seu ente querido, **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**, foi vítima fatal de acidente automobilístico ocorrido em **25/06/2017**.

Desta maneira, a parte Autora entendendo encontrar-se de posse de todos os documentos necessários à percepção da verba indenizatória a título de Seguro DPVAT, propôs a presente demanda, todavia, deixa de comprovar cabalmente sua qualidade de beneficiária, conforme exigência legal.

Mister ressaltar, que, o prazo prescricional para ajuizamento da presente ação é de três anos, segundo preceitua artigo 206, § 3º, IX, do Código Civil.

Deste modo, verificou-se no caso em epígrafe a ocorrência da prescrição da pretensão da parte Autora ao recebimento do Seguro, considerando o sinistro ter acontecido em 25/06/2017.

Houve a suspensão do prazo prescricional, a contar da propositura da ação anterior que o correu em 22/12/2019 até seu trânsito em julgado em 26/05/2021, verificando-se portanto um período de 1 ao 4 meses 28 dias.

Dessa forma, considerando a propositura da presente ação somente em 17/03/2022, há de se reconhecer que já havia decorrido o prazo prescricional desde 20/11/2021.

Pelo exposto, a Ré requer seja **extinto o feito com resolução do mérito**, com fulcro no **art. 487, inciso II do Código de Processo Civil**, por **absolutamente prescrita** a pretensão autoral.

A legitimidade das partes é, consoante o disposto no art. 485, inc. VI, do CPC, uma das condições da ação, sem a qual é inviável a análise do mérito da demanda.

Em que pese a autora figurar nesta demanda, alegando para tanto ter convivido maritalmente com o falecido, o que lhe tornaria beneficiária do mesmo, não há provas hábeis a acolher tal alegação.

Na hipótese vertente, a parte Autora não fez qualquer prova de que efetivamente existiu relação de convivência duradoura com a vítima com o objetivo de constituição familiar, sendo certo que os documentos acostados na exordial são imprestáveis para tanto. Sem dúvida não há nos autos prova suficiente que a mesma era companheira da vítima¹.

Ademais, são requisitos indispensáveis para a demonstração da entidade familiar formada por conviventes, aqueles que de forma conjunta devem ser preenchidos e não de forma separada, pois não basta ter filhos em comum, há necessidade de que essa relação seja duradoura, com respeito e consideração mútuos e assistência moral e material recíproca, ou seja, para alcançar *status* de companheira é necessário muito mais do que filho em comum.

Conclui-se que não há prova inequívoca nos autos para se afirmar com exatidão que a Autora é companheira da vítima e, portanto, não há como se exigir que a Seguradora Ré efetue o pagamento do valor pleiteado, eis que nem mesmo foram juntados alguns documentos que poderiam levar a esta comprovação, tais como: Prova de companheirismo junto ao INSS; Declaração de dependentes junto à Receita Federal; Carteira de Trabalho com prova de dependência.

Tais exigências estão em consonância com as determinações do texto constitucional e infraconstitucionais, que sobremaneira impõem a determinação dentre outros de dependência contínua, o que não foi trazido aos autos.

CONCLUSÃO

a Ré requer seja **extinto o feito com resolução do mérito**, com fulcro no **art. 487, inciso II do Código de Processo Civil**, por **absolutamente prescrita** a pretensão autoral.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITAPORANGA DAJUDA, 24 de maio de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/SE 780-A

KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ
OAB/SE 2592

¹Tribunal de Justiça de Minas Gerais, 12ª Câmara Cível, AC: 10024080086226003, Data de Julgamento: 27/11/2013. **“AÇÃO DE COBRANÇA - SEGURO OBRIGATÓRIO - DPVAT - AUTOR - CONDIÇÃO DE COMPANHEIRO DA VÍTIMA NÃO COMPROVADA - ILEGITIMIDADE ATIVA PARA A CAUSA.”**

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180101988**

Vitima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180101988**.

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 12474079



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vitima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180101988**.

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 12474235



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180101988**

Vitima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12474281



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vitima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS PANTA SILVA VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180101988**

Vitima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180101988**.

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 12474819



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS PANTA SILVA VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180101988**

Vítima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: MARIA JOELMA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vitima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOELMA DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180101988**

Vitima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180101988**.

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 12477065



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vitima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vitima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180101988**.

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 12479676



Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vitima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180101988**.

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 12480132



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180101988**

Vitima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS PANTA SILVA VIEIRA**

Nº Sinistro: **3180101988**

Vitima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Nº Sinistro: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA JOELMA DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3180101988**

Vitima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**

Data do Acidente: **24/06/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Certidão de casamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARCOS PANTA SILVA VIEIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180101988

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Data do Acidente: 24/06/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA JOELMA DE OLIVEIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

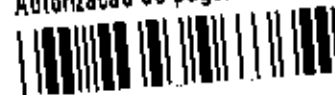
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

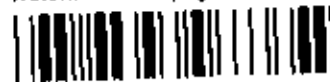
RIP/Lezal

Autorizacao de pagamento



SEBIPDO0001 LIDER DEBIT 1 09/02/2010 15:4 - 000000004162

1/1 25/10/94 55:01 8182-4514 08 09-FEB-2010 10:55 466153 1/1



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Letícia Lorraine de Oliveira Silva Vieira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3.754.287-7 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 31/07/13 E
 CPF 075809483-77 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VITIMA Marcos Silva Vieira Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

Para evitar repetição de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL, operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA, operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTES: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0866 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00010511-3

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

Amplas de SE 31 de Janeiro de 2018
 LOCAL E DATA

Maria Letícia de Oliveira
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

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

SEGURADORA LÍDER DPVAT 1 09/07/2013 13:40 - AUTENTICA

1/ 951094 55:01 8182-03-00

NO LINDA 09/07/2013 13:40

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Wendell Rodolfo dos Santos Vieira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.009.161-9 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 01/11/2018
 CPF 098368635-1 /CNPJ _____, PROFISSÃO Estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ 20,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcos Silva Vieira Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

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

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

- ☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
 BANCO _____ AGÊNCIA 038 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 01003799-0
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU**
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL Nova Lima, São Paulo, SP DATA 31/01/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Patrícia dos Santos

! ATENÇÃO

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

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou fique para o SAC DPVAT 0800-0274704

CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

SEGURADORA LÍDER DPVAT - 09/02/2017 15:39 - 0000000148



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Paulo Ricardo de Oliveira Silva Vieira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 4.003.105-5 EXPEDIDO POR SSP/SE EM 29/09/17 E
 CPF 08.630.0345-13 / CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO Estudante
 E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcos Silva Vieira Santos AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

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

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

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA 0866 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 00010511-3

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

LOCAL Amplado do Sen. R. DATA 31/01/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Marcos Silva Vieira Santos

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a

SEGURO DPVAT - LÍDER - 09/02/2017 - 15:40 - 00000000160



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:

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.

1. REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa,

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:

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 a 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor).

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").

Idade (no campo 1) Assinatura do beneficiário: _____
 Número do Sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 001.892.675-42 Nome completo da vítima: Marcandre Silva Vieira Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo		CPF titular da conta	Profissão
Laiza Stephanny Santos Vieira		059.283.665-74	Estudante
Endereço		Número	Complemento
Rural Sat		03	Casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Centro	Amajari do São Francisco	Sergipe	49.920-000
Email	Telefone (DDD)		
	(74) 9 8856-4566		

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

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
 NRQ. D/V

CONTA
 NRQ. D/V

(Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO
 Nome NRQ.

AGÊNCIA
 NRQ. D/V

CONTA
 NRQ. D/V

(Informar dígito se existir)

Autorizo a liberação para o sinistro, autorizo

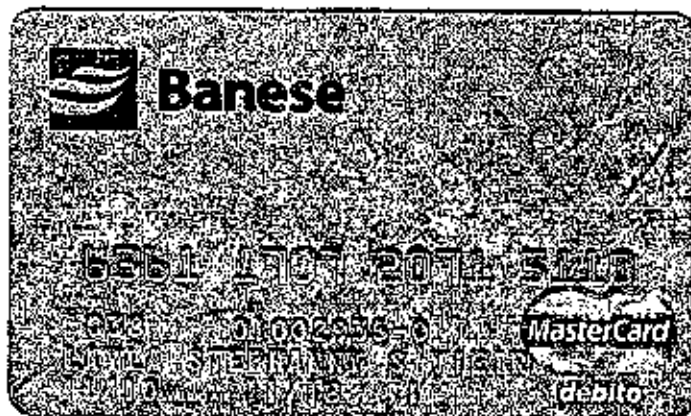
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Própria/SE, 31 de Janeiro de 2018
Local e Data

x Dayla Stephanny Santos Vieira x Dayla Stephanny Santos Vieira
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SECURITY LETTER MAT : (3/12/22) 15:40 - 0000004153

1/1 2317 01050000 00 09-FEB-2018 13:55 460167 1/1



3601980008 1108 0001 1 03/02/2011 15:40 - 0000000154
1/1 891094 92:01 8102-03-00 00 10000 00017 0000000000


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 ASI

CPF da vítima

Nome completo da vítima

001.892.675-42

Maximiliano Silva Vieira Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Maximiliano Silva Vieira Santos</u>		CPF titular da conta <u>001.892.675-42</u>	Profissão <u>Estudante</u>
Endereço <u>Rua 15 de Agosto</u>		Número <u>898</u>	Complemento <u>Urbanização</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Mossa Senhora da Glória</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49680000</u>
Email <u>maximiliano14@gmail.com</u>			Telefone (DDD) <u>79 98374461</u>

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 (003) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRD.	DIV	CONTA NRD.	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRD		
<u>Caixa Econômica Federal</u>	<u>104</u>		
AGÊNCIA NRD.	DIV	CONTA NRD.	DIV
<u>0866</u>		<u>00020383</u>	<u>9</u>
(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 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.

Proprietário SE 02 de Fevereiro de 2018

Local e Data

Maximiliano Silva Vieira Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

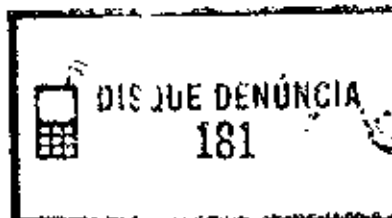


GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL



SUA VOZ PODE
CALAR O CRIME

SUA IDENTIDADE PRESERVADA. SUA SEGURANÇA GARANTIDA.



DELEGACIA PLANTONISTA NORTE

(DELEGACIA DE REGISTRO)
FONE:()

RPO - Registro Policial de Ocorrência 2017/09994.0-000024

DELEGACIA RESPONSÁVEL

Nome: DELEGACIA DE POLÍCIA DE AMPARO DE SÃO FRANCISCO

Endereço: RUA DEP. MARTINHO GUIMARÃES N° 12, CENTRO CEP 49920000 UF: SE FONE:() (79)3361-1110

FATO

Data e Hora do Fato: 24/06/2017 - 23:00 até 24/06/2017 - 23:00

Endereço: RODOVIA SE-200 Número: Complemento: CEP: 49920-000

Bairro: CENTRO Cidade: AMPARO DE SÃO FRANCISCO - SE Circunscrição: DELEGACIA PLANTONISTA NORTE

Tipo de local: VIA PÚBLICA Meio Empregado: OUTRO

NOTICIANTE

Nome: JOAO VIEIRA DOS SANTOS NETO

Nome do pai: ELIZANIO VIEIRA DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA DE FÁTIMA SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 016124772580 RG: 21544417 UF: SE Órgão expedidor: SSP-SE

Naturalidade: PRÓPRIA Data de nascimento: 23/10/1985 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda

Profissão: MOTORISTA Estado civil: Separado Grau de instrução: 2º Grau Completo

Endereço: RUA SÃO JOSÉ N. 81 Número: 81 Complemento: A

CEP: 49.920-000 Bairro: CENTRO Cidade: AMPARO DE SÃO FRANCISCO UF: SE

Proximidades: PRÓXIMO A IGREJA Telefone: 79-9-9890-2355

VÍTIMA

Nome: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Nome do pai: ELIZANIO VIEIRA DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA DE FÁTIMA SILVA

Pessoa: Física CPF/CGC: 001.892.675-42 RG: 15211908 UF: SE Órgão expedidor:

Naturalidade: PRÓPRIA Data de nascimento: 24/03/1981 Sexo: Masculino Cor da pele: Parda

Profissão: GUARDA MUNICIPAL Estado civil: Convivente Grau de instrução: 1º Grau Completo

Endereço: RUA SÃO JOSÉ Número: Complemento:

CEP: 49.000-000 Bairro: Cidade: AMPARO DE SÃO FRANCISCO UF: SE

Proximidades: Telefone:

PERÍCIAS E ATENDIMENTO HOSPITALAR

Perícia: IML - Instituto de Exame

Descrição: GUIA DE MORTO - DELEGACIA DE AMPARO DE SÃO FRANCISCO - MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

HISTÓRICO

O NOTICIANTE RELATA QUE, NA NOITE DE ONTEM, SÁBADO, DIA 24, POR VOLTA DE 22:40 HORAS, SEU IRMÃO MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS, FILHO DE ELIZANIO VIEIRA DOS SANTOS E MARIA DE FÁTIMA SILVA, NATURAL DE PROPRIÁ/SE, NASCIDO EM 24/03/1981, PORTADOR DA RG: 1.521.190 SSP/SE, E CPF: 001.892.675-42, ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA NA RODOVIA ESTADUAL SE-200, NO MUNICÍPIO DE AMPARO DE SÃO FRANCISCO, QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL, QUE, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA, FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE PROPRIÁ, MAS NÃO RESISTIU AOS FERIMENTOS E VEIO A FALECER.

Data e hora da comunicação: 25/06/2017 às 09:49

Última Atualização: 15/06/2017 às 09:55.

OBS.: As informações relatadas pelo declarante/relatado são de sua inteira responsabilidade. O declarante/relatado declara sob a palavra de honra que as informações são verdadeiras e que não houve qualquer alteração ou manipulação das mesmas. O declarante/relatado declara que não possui qualquer interesse pessoal ou financeiro no resultado da ocorrência. O declarante/relatado declara que não possui qualquer conhecimento de terceiros que possam ter conhecimento da ocorrência. O declarante/relatado declara que não possui qualquer conhecimento de terceiros que possam ter conhecimento da ocorrência.

SEGURODELA LIDER DEPUT 1 09/02/2017 15:38 - 0000000130

2017-8-27



Cartório do 1º Ofício de Propriá/SE

Notário e Proferente de Juízo

Reg. do Cartório de Propriá - SE
 Rua: Rua do Comércio, 100 - Centro
 CEP: 13.130-000 - Propriá/SE
 Fone: (13) 3321-1100
 E-mail: cartorio1@propria-se.jus.br

Reg. do Cartório de Propriá - SE
 Rua: Rua do Comércio, 100 - Centro
 CEP: 13.130-000 - Propriá/SE
 Fone: (13) 3321-1100
 E-mail: cartorio1@propria-se.jus.br

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autenticou e dou fé. Em 24/01/2018 às 11:37 Enol. R\$ 2,71, FERD R\$ 0,54. Selo 201829364001480; Consulte em www.tise.jus.br/x/00A012 Escrevente - NATIANI MIGUEL DOS SANTOS

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

NOME
MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

MATRÍCULA
 110981 01 55 2017 4 00015 227 0007417 - 43

Certidão de óbito



SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE	
MASCULINO	PARDA	DIVORCIADO, 36 ANOS	
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		ELEITOR
PRÓPRIA-SE	RG.:1521190 SSP-SE		SIM
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA			
PAI: ELIZANIO VIEIRA DOS SANTOS MÃE: MARIA DE FÁTIMA SILVA RESIDÊNCIA: POVOADO SÃO JOSÉ, 342, CENTRO, AMPARO DE SÃO FRANCISCO-SE			
DATA E HORA DE FALECIMENTO			DIA MÊS ANO
VINTE E CINCO DO MÊS DE JUNHO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSETE ÀS 00:20			25 06 2017
LOCAL DE FALECIMENTO			
HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ, PROPRIÁ-SE			
CAUSA DA MORTE			
TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE.			
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)			
CEMITÉRIO MUNICIPAL DA RUA SÃO JOSÉ, AMPARO DO SÃO FRANCISCO/SERGIPE.			
DECLARANTE			
MARIA JOELMA DE OLIVEIRA			
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO			
4912 - MÔNICA FIGUEIROA SANTANA			
OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES			
REGISTRADO NO LIVRO C/15, FLS. 227. SOB. Nº 7417. VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO E ANIMAL.			

NOME DO OFÍCIO: 2º OFÍCIO DA COMARCA DE PROPRIÁ
 ESCRIVENTE: GEILZA DE OLIVEIRA SANTOS
 MUNICÍPIO: PROPRIÁ-SE
 ENDEREÇO: AV. AUGUSTO MAYNARD, 22 - CENTRO

ISENTO DE EMOLUMENTOS.

Selo Oficial de Funcionário
 Tabela de Preços de Serviços
 1º Ofício de Propriá/SE - 2017
 Selo 1521 201729364001480
 Acesso: www.tise.jus.br/x/00A012



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
 Data e local: PROPRIÁ, SE, 27 de Junho de 2017.
Geilza de Oliveira Santos
 Assinatura do Oficial

SEMPRE NO LIVRO DE ATAS 1 09/02/2017 15:39 - 00000015

ARPENBRASIL AA 005549422 BRP



Improvements:

SECRET

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 79 0196 Acesso: www.energisa.com.br

UC (Unidade Consumidora): 3/733228-1

• Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook com: @energia e no Twitter (@energia). Junte-se a milhares de gente. Queremos estar sempre próximos!

450030011000 00 1440 13017 120050004 00 03-FEB-2018 18:25 460154 1/1

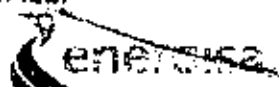
Comprovante de residência



Handwritten signature

Handwritten: Marlene (79) 9 8856-7566
Mão de Laranja 999 32-3256

MARLENE SANTOS
RURAL SOT. 03 - CENTRO
AMPARO DE SÃO FRANCISCO - SP CEP: 4962000 (AQ-488)
Emissão: 09/01/2018 Referência: Jan / 2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICA
Roteiro: 4 - 480 - 110 - 1053 Nº Medidor: 15527261531



ENERGISA SERGIPE DISTRIB. ENERGIA SA
Rua Marquês de São Carlos, 51 - Joo de Barro
Aruama - SE - CEP: 48040-150
CNPJ: 07.052.000/0001-00 Ins. Est. 270.787.438
Cta. Fret. 27 Cta. de Energia Distrib. 7000 102.678
Cta. para Deb. Aut. em Hilo: 00010027210

Atendimento ao Cliente ENERGISA 08000 79 0196. Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/CNPJ/RANI
Jan / 2018	09/01/2018	08/02/2018	252873548

UC (Unidade Consumidora): 68052726-5

Canal de contato

- Compartilhe sua energia conosco também nas redes sociais. Estamos presentes no Facebook, no LinkedIn e no Twitter (@energisa), sempre que precisar da gente. Queremos estar sempre próximos!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
11/12/17	3408	09/01/18	3957		147	79
Demonstrativo						
CC Descrição		Quantidade Tarifas		Valor Base Cpe	Mq. Kwh (R\$)	Base Cpe (R\$)
		Tarifas (R\$)		CM5 (R\$)	KW	CM5 (R\$)
				CM5 (R\$)	CM5 (R\$)	CM5 (R\$)
0001	Consumo em kWh	147,000	0,885830	97,89	97,89	75
0001	Adic. S. Vermelha	4,31	4,31	25	1,08	4,31

CC Código de Classificação da taxa TOTAL 102,20 102,20 25,25 102,20 0,87 4,01

16/01/2018 R\$ 102,20

Histórico de Consumo (KWh)

148 | 185 | 150 | 183 | 158 | 132 | 208 | 155 | 279 | 230 | 170 | 180
Dez/17 Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17

636e.d8a5.657c.9324.b8c8.f38e.c6bf.35e4.

Indicadores de Qualidade 11/2017 - 11/2017

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CM5 MENSAL	11,18	0,00
CM5 TRIMESTRAL	27,32	0,00
CM5 ANUAL	44,85	0,00
CM5 MENSAL	2,07	0,00
CM5 TRIMESTRAL	15,24	0,00
CM5 ANUAL	20,69	0,00
CM5	9,08	0,00
CM5	16,60	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia - SE	27,18	26,60
Compreensão	30,04	29,82
Serviço de Transmissão	2,76	2,70
Serviço de Distribuição	11,18	11,03
Impostos Oribitos e Encargos	70,43	69,17
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	102,20	100,00

Valor do EURD (R\$) 11/2/17 (R\$) 39,27

Atenção	Faturas em atraso
REAVISO: Caso a(s) fatura(s) tenha(m) sido(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 30/01/2018. Conforme Resolução ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso a multa não seja comunicada ou se os pagamentos não estão em conformidade com a data de vencimento. Caso essas faturas não sejam pagas, a suspensão será mantida. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, pois a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita a inclusão em dígitos de proteção no caso de inadimplência. Letura confirmada.	Dez/17 101,88 Nov/17 118,95 Out/17 108,63 Set/17 87,86 Ago/17 82,27 Jul/17 94,35 Jun/17 185,09 Mai/17 175,25

SEMPRE

16/01/2018 R\$ 102,20

83640000001-1 02200049000-7 10527262018-5 01300480319-2



SEARACORR LIDER DPART 08 09-FEV-2018 18:56 460169 1/1
09/02/2017 15:40 - 0000007151



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Joelma de OliveiraRG nº 875.609, data de expedição 25/09/2013 Órgão SSP/SE

CPF nº 901.559.045-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São José, s/n</u>
Número	<u>s/n</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Amparo do São Francisco</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49.920-000</u>
Telefone de Contato	<u>(79) 988164335</u>
E-mail	<u>mariajoelmadoliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante:

Maria Joelma de Oliveira



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Dayla Stephanny Santos QueirozRG nº 2.283.285-2, data de expedição 23/03/17, Órgão SSP/SE

CPF nº 059.283.665-74, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Conj. Maria Feliciano</u>
Número	<u>30</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Ampano do São Francisco</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49.920-000</u>
Telefone de Contato	<u>(079) 98856-9566</u>
E-mail	<u>marlenebento@bol.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 27 de Março 2018
Ampano do São FranciscoAssinatura do Declarante: Dayla Stephanny Santos Queiroz

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, Marcos Panto Filho Vieira

RG nº 3.506.900-Y, data de expedição 02/08/2009, Órgão SSP/SE,

CPF nº 059.283.655-00, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>15 de Agosto</u>
Número	<u>898</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Nova Brasília</u>
Cidade	<u>Nova Lencóia da Glória</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>49680-000</u>
Telefone de Contato	<u>79 98374451</u>
E-mail	<u>marcopanto14@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 28 de Março de 2018, Pernambuco

Assinatura do Declarante: Marcos Panto Filho Vieira

Abstract

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 última Marcondo Silva Vieira Santos, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 25/06/17, faleceu em 25/06/17, no estado civil de Comunicante (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. Wendell Rodolfo dos S. Vieira	Filho	4.009.161-9	099.368.635-1
2.			
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 Maria Joelson de Oliveira.

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.

Prospira/SE, 02/02/18
LOCAL E DATA

Patricia dos Santos
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(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. Patrícia dos Santos	1.483.508	032.327.655-8	Patrícia dos Santos
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Leila Bastos Lima da Silva</u>	<u>3438040-0</u>	<u>091.077.194-42</u>	<u>Leila Bastos</u>
2. <u>Luane Tarcis de Oliveira Tarcis</u>	<u>2356168-6</u>	<u>030.074.965-97</u>	<u>Luane</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Marcos de Sales Vieira Santos em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 25/06/17, faleceu em 25/06/17, no estado civil de Comunente (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. Maria Joelma de Oliveira	Comunente	875.609	401.559.045-19
2. Paulo Ricardo de Oliveira S. Vieira	Filho	4.003.105-5	086.300.345-18
3. Letícia Lorrany de Oliveira S. Vieira	Filha	3.754.287-7	075.869.485-77
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou (X) deixou companheira(o) de nome Maria Joelma de Oliveira

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.

Amparo do São F. 31/01/2018
LOCAL E DATA

Amparo do São F. 31/01/2018
LOCAL E DATA

Amparo do São F. 31/01/2018
LOCAL E DATA

Amparo do São F. 31/01/2018
LOCAL E DATA

Maria Joelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Joelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Joelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Joelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
<u>Carla Beatriz Oliveira de Jesus</u>	<u>3438040-0</u>	<u>091.077.194-42</u>	<u>Carla</u>
<u>Luana Tânia de Oliveira Tom</u>	<u>23561686</u>	<u>030.079.965-91</u>	<u>Luana</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 o 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 Marcos André Silva Vieira Santos, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 25/06/2017, faleceu em 25/06/2017 no estado civil de Comunicante (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>Luyla Stephanny Santos Vieira</u>	<u>Filha</u>	<u>2.683.285-2</u>	<u>059.283.665-74</u>
2.			
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 Maria Joelma de Oliveira.

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.

Amplado do São F. 31/01/2018
LOCAL E DATA

Luyla Stephanny Santos Vieira
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(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Barbara Beatriz Oliveira de Jesus</u>	<u>3438040-0</u>	<u>031077144-42</u>	<u>[assinatura]</u>
2. <u>Joanna Tereza de Oliveira Tomen</u>	<u>2356168-6</u>	<u>030.079.965-98</u>	<u>[assinatura]</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).

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32

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 Marcoseli Silva Vieira Santos, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 25/06/17, faleceu em 25/06/17, no estado civil de casado (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) a beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. Marcos Paulo Silva Vieira	Filho	3.506.300-7	059.283.655-02
2.			
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 Maria Tereza de Oliveira.

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.

Proprietà / SE, 02/02/18
LOCAL E DATA

Marcos Paulo Silva Vieira
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(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

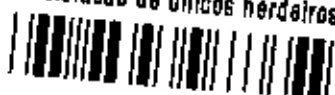
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
2.			
2. Luana Tereza de Oliveira Tene	235616 RG	03007996594	<i>[Signature]</i>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Marcelo Silva Vieira Santos em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 24/06/2017, faleceu em 25/06/2017, no estado civil de casado (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. Maria Taelma de Oliveira	Esposa	875.609	901.559.045-15
2. Layla Stephanny Santos Vieira	Filha	2.683.285-2	059.283.665-74
3. Letícia Lorraine de Oliveira Silva Vieira	Filha		
4. Paulo Ricardo de Oliveira Silva Vieira	Filho		
5. Wendell Rodolfo dos Santos Vieira	Filho	4.009.164-9	091.868.635-16

(*) 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 Maria Taelma de Oliveira.

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.

Proprius/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Proprius/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Proprius/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Proprius/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Proprius/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Layla Stephanny Santos Vieira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Letícia dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Luciano Farias de Oliveira Lima</u>	<u>23561686</u>	<u>08007996597</u>	<u>[Assinatura]</u>
2.			

(*) 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 16ANOS (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 o 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 Marcosinho Silva Vieira Santos em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 24/06/2017, faleceu em 25/06/2017, no estado civil de casado (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. Maria Taelma de Oliveira	Esposa	875.609	901.559.045-15
2. Layla Stephanny Santos Vieira	Filha	2.683.285-2	059.283.665-74
3. Letícia Lorrany de Oliveira Silva Vieira	Filha		
4. Paulo Ricardo de Oliveira Silva Vieira	Filho		
5. Wendell Rodolfo dos Santos Vieira	Filho	4.009.161-9	098.368.635-16

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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

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.

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Layla Stephanny Santos Vieira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Letícia dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Luana Tássia de Oliveira Lima</u>	<u>23561656</u>	<u>08001996597</u>	<u>[assinatura]</u>
2.			

(*) 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 Marcondes Silva Vieira Santos em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 24/06/2017, faleceu em 25/06/2017, no estado civil de casado (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. Maria Taelma de Oliveira	Esposa	835.609	901.539.045-15
2. Layla Stephanny Santos Vieira	Filha	2.683.285-2	059.283.665-74
3. Letícia Lomax de Oliveira Silva	Viaja - Filha		
4. Paulanderson de Oliveira Silva	Filho		
5. Wendell Rodolfo dos Santos Vieira	Filho	4.009.161-9	098.368.635-16

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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

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.

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Layla Stephanny Santos Vieira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Letícia dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Luana Tânia de Oliveira Tavares</u>	<u>23461686</u>	<u>08007976597</u>	<u>[Assinatura]</u>
2.			

(*) 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 16ANOS (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 Marcosinho Wilson Vieira Santos em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 24/06/2017, faleceu em 25/06/2017, no estado civil de casado (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. Maria Taelma de Oliveira	Esposa	875.609	901.559.045-15
2. Layla Stephanny Santos Vieira	Filha	2.683.285-2	059.283.665-74
3. Letícia Lomany de Oliveira Silva	Viaja - Filha		
4. Paulo Ricardo de Oliveira Silva	Filho		
5. Wendell Rodolfo dos Santos Vieira	Filho	4.009.161-9	098.368.635-16

(*) 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 Maria Taelma de Oliveira.

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.

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18
LOCAL E DATA

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Taelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Layla Stephanny Santos Vieira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Patrícia dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Luane Fátima de Oliveira Tom</u>	<u>23561686</u>	<u>03021996593</u>	<u>[Assinatura]</u>
2.			

(*) 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 Marcondes Silva Vieira Santos em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 24/06/2017, faleceu em 25/06/2017 no estado civil de casado (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. Maria Joelma de Oliveira	Esposa	875.609	901.559.045-15
2. Layla Stephanny Santos Vieira	Filha	2.683.285-2	059.283.665-74
3. Patrícia Lomany de Oliveira Silva Vieira	Filha		
4. Paulo Ricardo de Oliveira Silva Vieira	Filho		
5. Wendell Rodolfo dos Santos Vieira	Filho	4.009.161-9	098.368.635-16

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Dedero(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou (X) deixou companheira(o) de nome Maria Joelma de Oliveira.

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.

Propria/SE, 28/03/18

LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18

LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18

LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18

LOCAL E DATA

Propria/SE, 28/03/18

LOCAL E DATA

Maria Joelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Joelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Joelma de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Layla Stephanny Santos Vieira
ASSINATURA DO DECLARANTE

Patrícia dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

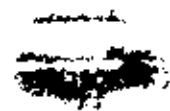
NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Luciana Távila de Oliveira Tavares</u>	<u>23561686</u>	<u>08007996593</u>	<u>[assinatura]</u>
2.			

(*) 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).

[assinatura] o verso (manuseio)

Nome Completo	Na qualidade de	RG	CPE
Alencar Pantoja Filho Vieira	Filha	3.506.900-7	059.283.655-00


 05/08/01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"



Marcão Silva Vieira Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.521.190 2.016 DATA DE EXPIRAÇÃO 30/08/2022

NOME MARCÃO SILVA VIEIRA SANTOS

PERIÇÃO ELIZAMIO VIEIRA DOS SANTOS
MARIA DE FÁTIMA SILVA

NATURALIDADE PERNAMBUCO DATA DE NASCIMENTO 24/03/1988

DOC ORDEM CT. CAMEL. Nº 191 LV 302 FL 143

CPE CONT. REG. CARL. Nº 500 FRANCISCO DE

CPF 001.992.675-42

ASSINATURA DO DIRETOR

LEITINHA DE ZORZOS

Exatidão e fidelidade de identificação

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME MARCÃO SILVA VIEIRA SANTOS

DOC. IDENTIDADE / OUT. PASSAPORTE 1521190 SSP

CPF 001.992.675-42 DATA NASCIMENTO 24/03/1988

PERIÇÃO ELIZAMIO VIEIRA DOS SANTOS
MARIA DE FÁTIMA SILVA

DISSERÇÃO 1521190

VALOR 01593799642 VALOR 03/05/2022 VALOR 16/12/2020

OBSERVAÇÕES

KAR:

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL ARACATUBA, SE DATA DE EMISSÃO 16/06/2017

73890180656 22019359799

SERGIPE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1477037504

COORDENADORIA LIDER DEPART 1 09/07/2019 15:35 - 0000000128

REGISTRO GERAL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: **MARCELO JUELMA DE OLIVEIRA**

DATA DE EXPIRAÇÃO: **23/09/2017**

DATA DE NASCIMENTO: **27/04/1970**

VALDETE CORREIA DE OLIVEIRA

MILTON DE OLIVEIRA

NACIONALIDADE

AFILIAÇÃO: **DO S. FRANCISCO-SE**

CT. NASCIM. **MR 032 LX A02 FE 201**

CART. DIST. AF. **DO S. FED. COM. S. D. 1970**

907559.045-15

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 2006

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENDES"

Marcos Juelma de Oliveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEGURADORA LT

SEGURADORA LTG DEPART. PA 09-FEB-2018 16:58 443538 1/1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.754.287-7

DATA DE EXPEDIÇÃO 31/07/2013

NOME LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

RELACÃO MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

MARIA JOELMA DE OLIVEIRA

NATURALIDADE ARACATU-SE

DATA DE NASCIMENTO 07/09/2001

CT. NASCIMENTO NR 2198 EV 405 FL 142

CPT CART. 2 OF. DIST. COM. PROPRIAS

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA GERAL DE PESSOAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - DR. CARLOS WERNER

LETCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificacao



MINISTERIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
075.869.485-77/

Nome
LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Nascimento
07/09/2001

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

09/02/2013 15:40 - AUTOMÁTICA

Beneficiaria

L. P.

ESLABORAR LINEAR PRINT 04 09-FEB-2019 18:59 443539 1/1

ESLABORAR LINEAR PRINT 04 09-FEB-2019 18:59 443539 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE



Documentos de identificação



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA

MATRÍCULA:

1109810255 2013 1 00064 113 0035373 58

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Trinta de Abril do ano de dois mil e treze

DIA MÊS ANO

30/04/2013

HORA

04:00 hs e 10min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Propria - Sergipe

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA
FEDERAÇÃO

Propria - Sergipe

LOCAL DE NASCIMENTO

Em Maternidade

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

Marconde Silva Vieira Santos e Patrícia dos Santos

AVÓS

Elizânio Vieira dos Santos e Maria de Fátima Silva
Maria de Fátima dos Santos

GÊMEO

NÃO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Seis meses de maio do ano de dois mil e treze

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30614642347

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

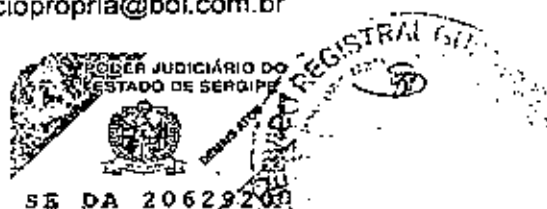
Segunda via. Registrado no livro A nº. 64, às fls. 113, sob número de ordem 35373.

Serviço Registral Guimarães Silva
Rejane de Sá Guimarães Silva
Oficial Registrador
Av. Augusto Maynard, 88
Bairro Centro
Propria/SE
(79)-33222931
E-mail: cartorio2oficiopropria@bol.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Propria(SE), 25 de março de 2015

Guilherme de Oliveira Santos

Assinatura do Oficial/Substituto



SE DA 20629209

21543



000000000000 - 01-51 1027/00/60 1 JUN 2008 09/03/2011 15:40 - 000000000000
SERVIDOR 100000000000 08 09-FEB-2018 10:56 468164 141

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Receta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
086.300.345-13

Nome
PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA

Nascimento
08/01/2009

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SESSÃO LIBER DOUT R4 09-01-2010 10:09 443537 1/1

1/1 9310974 05:01 0102-010-08 30 LIBER DOUT R400000000

REGISTRO CIVIL 21683285-2-2.ª UIA DATA DE EXPEDIÇÃO 23/03/2017
 NOME LATIA STEFANNY SANTOS VIEIRA
 FILIAÇÃO MARLENE SANTOS
 MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS
 NÚMERO DE ARACATU-SE 13/12/1998
 DATA DE NASCIMENTO
 DOB OUTRO NR 2068-10-03-PL-198
 CTS NASCIM. GART. DIST. COM. PRÓPRIA/SE
 0597283.665-74
 GERAÇÃO DO TÍTULO
 LEI Nº 7.118 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÉRGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. CARLOS MENDES

RAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA

CARTeira de IDENTIDADE

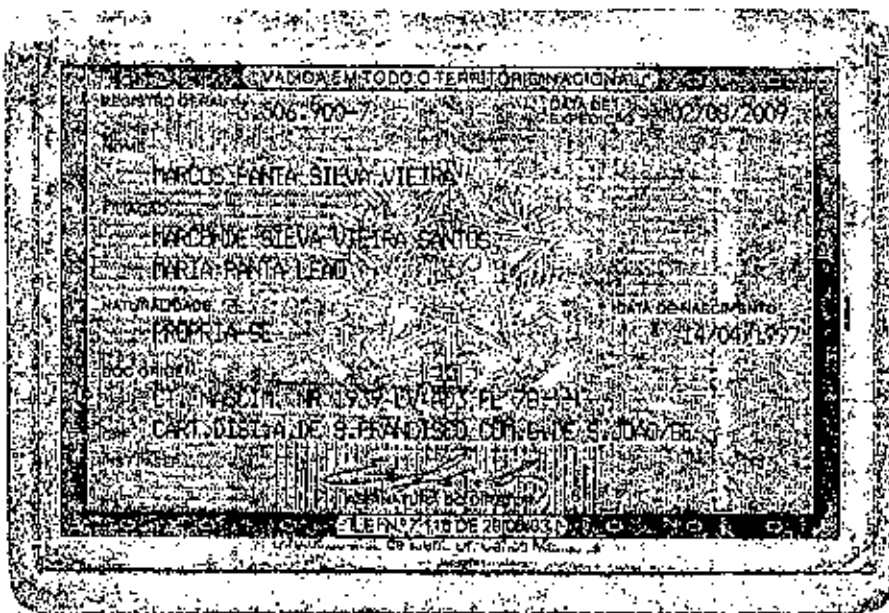
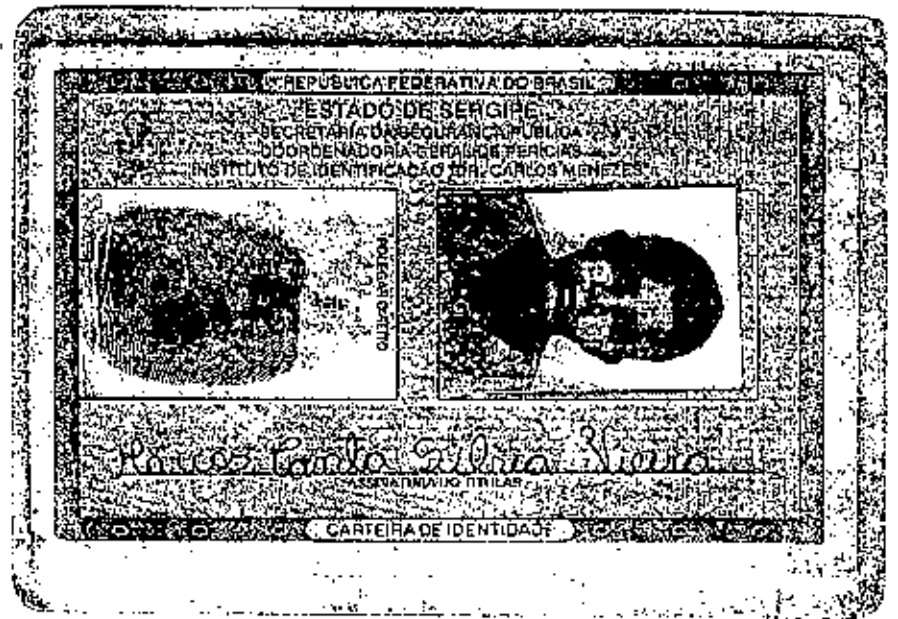
89-FY-2810 10:56 460171 1/1

SEALING/STAMP LIDER PRINT 1 09/02/2010 15:39 - 00000004157

00000000000000000000000000000000



SEBASTIAN LUNA BART 1 (02/02/2017) 15-39 - 01000004547
5700000000 LUNA BART 08 02-FEB-2018 10:56 460173 141



SECRETARIA LIDER DPM 1 09/02/2012 15:39 - 000000141
 171 51093 56 09-FEB-2018 18:56 460175 1/1

Laudo do IML - Necropsia



INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
CADAVÉRICO

MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS
LAUDO Nº 5209/2017

SERIALIZADA LIDER PUNIT 1 02/02/2018 15:38 - 0201000011

SERIALIZADA LIDER PUNIT 02 02/02/2018 15:38 - 0201000011

b) Pescoço

Sem lesões de interesse médico-legal

Sem lesões de interesse médico-legal

Sem lesões de interesse médico-legal

Sem lesões de interesse médico-legal

EXAME COMPLEMENTAR

a) Exame - Patológico

XXXXXX

b) Quid revelaram

XXXXXX

c) Toxicológico

Colhido 10 ml de sangue e encaminhado ao Instituto de Análises e Pesquisas Forenses - IAPF/COGERP para a realização do exame solicitado (alcoolemia), obtendo a informação de que até o encerramento desta perícia, (27/07/2017) seu resultado não tinha sido disponibilizado ao IML.

d) Exame resultada

XXXXXX

e) Outros

XXXXXX

Comentário Médico Conclusão Questões Respostas
Comentário Médico - Forense

Os achados são compatíveis com a história da ocorrência policial e as lesões, produzidas por meio contundente durante o acidente. O óbito se deu pela gravidade das lesões a nível craniano.

Conclusão

Que a vítima sofreu ação de meio contundente tendo como causa mortis Traumatismo Cranioencefálico por ação contundente.

1º) Houve morte?

Sim

2º) Qual a causa?

Traumatismo Cranioencefálico.

3º) Qual instrumento ou meio que produziu?

Ação contundente

4º) Foi produzida por meio de veneno, fogo, foco explosivo, asfixia ou meio insidioso ou cruel?

Não

DR. IZAIAS SILAS ANGELO SANTOS DE JESUS
2909

Dr. Izaias Silas A. S. de Jesus
Perito Médico-Legal 3ª Classe
CREMESE 2909

05209/2017

SECRETARIA LIDER DEPART 1 09/02/2017 15:38 - 0000004133



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DA POLÍCIA CIVIL

DADOS DA GUTA DE EXAME

Nº Referente ao BO:

2017/09994.0-000024

Natureza:

Encaminhar laudo para:

DELEGACIA PLANTONISTA NORTE

Tipo de laudo

GUÍO DE MORTO - DELEGACIA DE AMPARO DE SÃO FRANCISCO

Responsável pela solicitação:

Cícero Alves - DELEGACIA PLANTONISTA NORTE

Data do fato:

24-03-2018 - 21:00 até 24-03-2018 - 22:00

Local do fato:

RODOVIA SE-200, KM 200, CENTRO, AMPARO DE SÃO FRANCISCO - SE

Descrição do fato:

O NOTICIANTE RELATA QUE, NA NOITE DE 24-03-2018, POR VOLTA DE 22:40 HORAS, SEU IRMÃO MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS, FILHO DE ELIZANIO VIEIRA DOS SANTOS E MARIA DE FÁTIMA SILVA, NATURAL DE PROPRIA/SE, NASCIDO EM 24-03-1981, PORTADOR DA RG: 1.521.190 SSP/SE, E CPF: 001.892.675-42, ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA NA RODOVIA ESTADUAL SE-200, NO MUNICÍPIO DE AMPARO DE SÃO FRANCISCO, QUANDO COLIDIU COM UM ANIMAL, QUE, A VÍTIMA FOI SOBRIPICADA, FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE PROPRIA, MAS NÃO RESISTIU AOS FERIMENTOS E VEIO A FALECER.

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Nome completo:

MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

Filiação:

ELIZANIO VIEIRA DOS SANTOS / MARIA DE FÁTIMA SILVA

Registro Geral:

15211908

Estado Civil:

Convivente

Data de Nascimento:

24/03/1981

Naturalidade:

PROPRIA

Profissão:

GUARDA MUNICIPAL

Sexo:

Masculino

Descrição física:

Endereço completo:

RUA SÃO JOSÉ, , , AMPARO DE SÃO FRANCISCO

Registro de porta:

Ao escrever:

Livro:

fls.

Em:

Nº:

Entrou às:

horas de

Dia:

Arquive-se

Em:

09-FEV-2018 16:35 460152-11
 09-FEV-2018 16:35 460152-11
 09-FEV-2018 16:35 460152-11

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075559/18
Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS
CPF: 001.892.675-42
Data do Acidente: 24/06/2017
CPF de: Próprio
Titular do CPF: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

Outros



LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA : 059.283.665-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA : 075.869.485-77

Autorização de pagamento
Documentos de identificação

MARCOS PANTA SILVA VIEIRA : 059.283.655-00

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

MARIA JOELMA DE OLIVEIRA : 901.559.045-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA : 086.300.345-13

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA : 098.368.635-16

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/02/2018
Nome: MARIA JOELMA DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 901.559.045-15

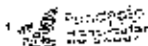
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/03/2018
Nome: Nathalia Beatriz Braga Costa
CPF: 164.083.787-65

MARIA JOELMA DE OLIVEIRA

Nathalia Beatriz Braga Costa

ERRO NO RECEBIMENTO NO SIS CORRESPONDÊNCIAS



☐ SAMU

☐ BUSCA ESPONTÂNEA
Queixa Principal:

Cronologia/Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias ☐ HAS ☐ Enlisto ☐ Tuberculose ☐ Alergias:

Outros:
Dados Vitais:

P.A.: X FC: Tax: PR: SPO₂: Peso:

RESPONSÁVEL (ASS. CARIMBO):

HORA DA CLASS:

ATENDIMENTO MÉDICO
ANAMNESE

DATA/HORA

10/10
00:20/
25/06/2017

Paciente de entrada com queixa de A.C.R. + micção variável. Sopa quente e Se Verde controlado. Obto.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO INICIAL:

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELO ☐ VERMELHO

CID:

Dr. Plácido de Faria
Rua - Médica - Consultas
CPF: 119.900.514

DIAGNÓSTICO:

PRESCRIÇÃO/EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA/HORA

1. Pte e A.C.R. de urt
(colúmbia em urt e
pate - medicação)

Fechado em TML

Dr. Plácido de Faria
Rua - Médica - Consultas
CPF: 119.900.514

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

DATA/HORA

15.06.17 Paciente 35 anos, deu entrada neste setor vítima de acidente de moto com fratura de fêmur. Tratado pelo médico plantonista.

Assistência de Saúde
Enfermagem
CORRELAUSE 177.55

08-170-2818-1857 468177-17

SEER/IMP/OPR LITER ORINT 1

09/10/2017 15:30

MS/DATASUS

HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIA

No. DO BE: 512874

DATA: 25/08/2017

HORA: 00:18

USUARIO: MMSANTOS

CNS:

SETOR: 02 CONSULTORIO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS DOB...
IDADE.....: 35 ANOS NASC: 00/00/0000 24/03/1981 SEXO...: MASCULINO
ENDERECO.....: R. JOV. SAO JOSE, AMPARO DO SAO FRANCISCO NUMERO:
COMPLEMENTO.....: BAIRRO:
MUNICIPIO.....: AMPARO DE SAO FRANCISCO UF: SE CEP...:
NOME PAI/MAE...: ELIZANIO VIEIRA DOS SANTOS /MARIA DE FATIMA DA SILVA
RESPONSAVEL....: A MAE TEL....: 998902355
PROCEDENCIA....: AMPARO DE SAO FRANCISCO-SE
ATENDIMENTO....: ACIDENTE MOTOCICLISTICO (MOTOC)
CASO POLICIAL..: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: NAO
ACID. TRABALHO: NAO VENC. DE AMBULANCIA: NAO

PA: [X] mmHg] PULSO: []] TEMP.: []] PESO: []]

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIOS X [] SANGUE [] URINA [] EC
[] LIQUOR [] ECO [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: ___/___/___

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRICAO

INTERIO DA MEDICACAO

DATA DA SAIDA: / /

HORA DA SAIDA: :

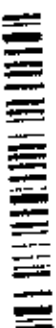
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IME [] ANAT. PATOL

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

ASSINATURA E CASSINHO DO MEDICO



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

VI 6.1.1994-25-01-000-000

01/01/2014

☒ MORTE

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ DAMS

N.L

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Marcondes Sales Vieira Santos

DATA DO ACIDENTE 24.06.17 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 001.892.675-42

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)

☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)

☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.

Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.

Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.

☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)

☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não

☒ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☒ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).

☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

☒ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (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 Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge **BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)

☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Luciana Tereza de Oliveira Torres

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 030.079.9659

E-mail luciana.torres@lufmail.com Tel: 9950-4885

Data 05/02/2014 Assinatura [assinatura]

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente

Data

Assinatura

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

10.08.1997 25.81 502-44-60 94 1004 5411 000000

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

N.L

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Marcelo Silva Santos

DATA DO ACIDENTE 4.06.17 POSSUI CPF? ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 001.692.675-42

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (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 Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinada pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Kleber Lima do Carmo Torres

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 030.011.965-17
E-mail kleberlima@brasil.com.br Tel: 11.150.4685
Data 05/02/2017 Assinatura Kleber

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) _____
Atendente _____ Matrícula _____
Data: _____ Assinatura: _____

**DEAO**

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE BELOHORIZONTE

SEDE: Rua Campo do Brito, 331, 13 de Julho, Alameda-Sé, 41020-300

CNPJ: 13.040.170/0001-90 INSC: 1581 22.051.0002

FATURA MENSAL**Matricula**

27/196.9

Nome do Cliente: **MARIA GILVANIA DE SANTANA**

Endereço: **RUA 15 DE AGOSTO, 898, N. SENHORA DA GLORIA, 49680-000**

Grupo/Setor/Reserva/Leitura	Data da Leitura	Hidrometro	Classificação/Economia
500004/00225	04/01/2018	A16N328245	RES: 1

Leit. Anterior 156
 Leit. Atual 156
 Consumo Faturado (m3) 10
 Média de consumo (m3) 12
 Ocorrência da Leitura 36/00 Hid.D. SemCons.
 Data da Leit. Anterior 05/12/17
 Dias de Consumo 30
 Média diária (m3) 0,4
 Previsão para Próx. Leit. 03/02/18

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Serviços	Valor
AGUA	33.00
ESGOTO	0.00
080 MULTA P/IMPONTUALIDADE	0.66
091 JUROS DE MORA	0.22
094 ATUALIZACAO MONETARIA	0.09

Mês Referência:	VENCIMENTO:	TOTAL A PAGAR R\$
01/2018	16/01/2018	33.97

EM ATENÇÃO AOS TERMOS DA LEI ESTADUAL Nº 6.960/10, REITERAMOS O AVISO AOS CONDOMÍNIOS E DEMAIS CLIENTES, DA NECESSIDADE DE INTERLIGAREM OS ESGOTOS SANITÁRIOS DOS RESPECTIVOS IMÓVEIS, A REDE COLETORA CONSTRUÍDA PELA DESO.

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 91, Decreto Lei nº 27.585/2010.

CANAIS DE ATENDIMENTO: 0800 079 0195 – SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.440/2005 – Art.5º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fluor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Nº Mínimo de Amostras Exigidas	48	10	48		48	
Nº de Amostras Analisadas	66	66	66		66	66
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria 2.914/2011	66	66	66		66	66

(Simplificado por: Portaria nº 2.914/2011)

Favor Autenticar no Menu

Scanned by CamScanner

1 18/01/2018 15:39 - 0000000161
 09/02/2018 15:39 - 0000000161
 09-FEB-2018 18:57 466161 1/1

John

OUTORGADO(S):

PODERES:

_____, inscrita no CNPJ/MF _____ sob nº _____, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes, representar o outorgante em todas as Repartições Públicas, Municipais, Estaduais, Federais e Autarquias, praticando, enfim, todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber/resgatar/sacar alvarás judiciais, RPV's e PRECATÓRIOS, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o artigo 105 do CPC/2015.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Propriá/SE, 05 de dezembro de 2017

Haroldo Pinto Silva Lima

OUTORGANTE

SEARCHED INDEXED
SERIALIZED FILED
MAR 19 1967
FBI - NEW YORK

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA**, brasileiro, menor impúbere, solteiro, estudante, filho de Patrícia dos Santos e Marcondes Silva Vieira Santos, com CI- 4.009.161-9 SSP/SE de 01/11/2017 e CPF- 098.368.635-16, residente e domiciliado na Travessa Manoel Eufrázio, 26 - Bairro Cxa. D'água - Nossa Senhora de Lourdes - SE, CEP-49890-000, Representado por sua genitora, **PATRICIA DOS SANTOS**, brasileira, maior, solteira, lavradora, com C. Identidade de nº 1.483.508 SSP-SE e CPF-032.327.655-56, residente e domiciliado na Travessa Manoel Eufrázio, 26 - Bairro Cxa. D'água - Nossa Senhora de Lourdes - SE, CEP-49890-000.

OUTORGADO(S):
CARLA BEATRIZ OLIVEIRA DA SILVA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/SE sob o nº. 10.718, **EVERTON CAMPOS DE OLIVEIRA**, brasileiro, maior, convivente, inscrito na OAB-SE sob o número 4540 e **LUANA TASSIA DE OLIVEIRA TORRES**, brasileira, maior, advogada, solteira, inscrita na OAB-SE sob o número 10.951, com endereço profissional na Praça Fausto Cardoso, 119 - Centro - Própria - SE, fone 3322-1500.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o sub-firmado nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado, conferindo-lhes todos os poderes em direito permitidos, inclusive os contidos na cláusula "AD JUDITIA" E "AD EXTRA", para o foro em geral, e especialmente para PROPOR _____ inscrita no CNPJ/MF sob nº _____ em face de (do) _____ podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes, representar o outorgante em todas as Repartições Públicas, Municipais, Estaduais, Federais e Autarquias, praticando, enfim, todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

_____, outorga aos Advogados acima descritos, os poderes aqui concedidos, mediante transição

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber/resgatar/sacar alvarás judiciais, RPV's e PRECATÓRIOS, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o artigo 105 do CPC/2015.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Propria/SE, _01 de novembro de 2017

Patricia dos Santos

OUTORGANTE

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA, brasileira, solteira, estudante, portadora do RG sob o nº. 2.683.285-2 SSP/SE e inscrita no CPF sob o nº. 059.283.665-74, residente e domiciliada no Conjunto Maria Feliciano, nº. 30 - Amparo do São Francisco - SE - CEP: 49.920-000.

OUTORGADO(S):

EVERTON CAMPOS DE OLIVEIRA, brasileiro, convivente, advogado, inscrito na OAB/SE, sob o nº. 4540, **CARLA BEATRIZ OLIVEIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/SE sob o nº. 10.718 e **LUANA TÁSSIA DE OLIVEIRA TORRES**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/SE sob o nº. 10.951, ambos com endereço profissional na Praça Fausto Cardoso, 119 - Centro - Própria - SE, fone 3322-1500.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o sub-firmado nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado, conferindo-lhes todos os poderes em direito permitidos, inclusive os contidos na cláusula "AD JUDITIA" e "AD EXTRA", para o foro em geral, e especialmente para PROPOR _____ em face de (do)

_____, inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes, representar o outorgante em todas as Repartições Públicas, Municipais, Estaduais, Federais e Autarquias, praticando, enfim, todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber/resgatar/sacar alvarás judiciais, RPV's e PRECATÓRIOS, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o artigo 105 do CPC/2015.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Própria/SE, 05 de dezembro de 2017

Layla Stephanny Santos Vieira

OUTORGANTE

SEB/PROCURADOR LIDER DEPART 1 03/02/2017 15:39 - 00000004149
09-FEV-2018 10:57 466184 1/1

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA, brasileiro, menor impúbere, estudante, sem e-mail, com doc de identidade de nº. 4.003.105-5 SSP/SE e CPF de nº 086.300.345-13, representado por sua genitora, MARIA JOELMA DE OLIVEIRA, e LETÍCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA, brasileira, púbere, estudante, sem e-mail, com doc de identidade de nº. 3.754.287-7 SSP/SE e CPF de nº. 075.869.485-77, representada por sua genitora MARIA JOELMA DE OLIVEIRA, e MARIA JOELMA DE OLIVEIRA, brasileira, maior, viúva, professora, email: mariajoelmadeoliveira@hotmail.com, com doc. de identidade de nº. 875.609 SSP/SE e CPF de nº. 901.559.045-12 ambos residentes e domiciliados na Rua São José, s/nº - Amparo do São Francisco – SE – CEP – 49920-000.

OUTORGADO(S):

CARLA BEATRIZ OLIVEIRA DA SILVA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/SE sob o nº. 10.718 e LUANA TÁSSIA DE OLIVEIRA TORRES, brasileira, advogada, inscrita na OAB/SE sob o nº. 10.951, ambos com endereço profissional na Praça Fausto Cardoso, 119 – Centro – Própria – SE, fone 3322-1500.

PODERES:

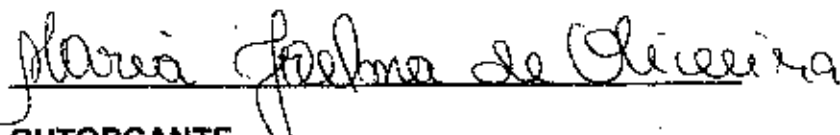
Pelo presente instrumento particular de procuração, o sub-firmado nomeia e constitui seu bastante procurador e advogado, conferindo-lhes todos os poderes em direito permitidos, inclusive os contidos na cláusula "AD JUDITIA" E "AD EXTRA", para o foro em geral, e especialmente para PROPOR

_____ inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes, representar o outorgante em todas as Repartições Públicas, Municipais, Estaduais, Federais e Autarquias, praticando, enfim, todos os atos necessários ao fiel cumprimento deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber/resgatar/sacar alvarás judiciais, RPV's e PRECATÓRIOS, dar quitação, firmar compromisso, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o artigo 105 do CPC/2015.

Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Própria/SE, 05 de dezembro de 2017


OUTORGANTE

1/1 581/1994 25/01 0102-433-62 86 10/01/2017 00:00:00
SERVIDOR LIDER DEPART 1 09/07/2017 13:40 - 0000004157

1 Nome do Óbito		2 Data do Óbito		3 Cartão SUS		4 Naturalidade	
5 Nome do Pai		6 Nome da Mãe		7 Data de nascimento			
8 Idade		9 Sexo		10 Raça/Cor		11 Situação conjugal	
12 Escolaridade (última série concluída)		13 Ocupação habitual		14 Situação conjugal		15 Cód. CBO 2002	
16 Local de ocorrência do Óbito		17 Estabelecimento		18 CEP		19 UF	
20 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)		21 Município de residência		22 CEP		23 UF	
24 Número do filho		25 Tipo de parto		26 Mãe em relação ao parto		27 Número da Declaração de Nascimento	
28 Tipo de gravidez		29 Tipo de parto		30 Mãe em relação ao parto		31 Número da Declaração de Nascimento	
32 Tipo de parto		33 Mãe em relação ao parto		34 Número da Declaração de Nascimento		35 Número da Declaração de Nascimento	
36 Tipo de parto		37 Mãe em relação ao parto		38 Número da Declaração de Nascimento		39 Número da Declaração de Nascimento	
40 Tipo de parto		41 Mãe em relação ao parto		42 Número da Declaração de Nascimento		43 Número da Declaração de Nascimento	
44 Tipo de parto		45 Mãe em relação ao parto		46 Número da Declaração de Nascimento		47 Número da Declaração de Nascimento	
48 Tipo de parto		49 Mãe em relação ao parto		50 Número da Declaração de Nascimento		51 Número da Declaração de Nascimento	
52 Tipo de parto		53 Mãe em relação ao parto		54 Número da Declaração de Nascimento		55 Número da Declaração de Nascimento	
56 Tipo de parto		57 Mãe em relação ao parto		58 Número da Declaração de Nascimento		59 Número da Declaração de Nascimento	
60 Tipo de parto		61 Mãe em relação ao parto		62 Número da Declaração de Nascimento		63 Número da Declaração de Nascimento	
64 Tipo de parto		65 Mãe em relação ao parto		66 Número da Declaração de Nascimento		67 Número da Declaração de Nascimento	
68 Tipo de parto		69 Mãe em relação ao parto		70 Número da Declaração de Nascimento		71 Número da Declaração de Nascimento	
72 Tipo de parto		73 Mãe em relação ao parto		74 Número da Declaração de Nascimento		75 Número da Declaração de Nascimento	
76 Tipo de parto		77 Mãe em relação ao parto		78 Número da Declaração de Nascimento		79 Número da Declaração de Nascimento	
80 Tipo de parto		81 Mãe em relação ao parto		82 Número da Declaração de Nascimento		83 Número da Declaração de Nascimento	
84 Tipo de parto		85 Mãe em relação ao parto		86 Número da Declaração de Nascimento		87 Número da Declaração de Nascimento	
88 Tipo de parto		89 Mãe em relação ao parto		90 Número da Declaração de Nascimento		91 Número da Declaração de Nascimento	
92 Tipo de parto		93 Mãe em relação ao parto		94 Número da Declaração de Nascimento		95 Número da Declaração de Nascimento	
96 Tipo de parto		97 Mãe em relação ao parto		98 Número da Declaração de Nascimento		99 Número da Declaração de Nascimento	
100 Tipo de parto		101 Mãe em relação ao parto		102 Número da Declaração de Nascimento		103 Número da Declaração de Nascimento	

2017-07

Cartório do 1º Ofício de Propriá/SE

Situação e Protesto do Títulos

Cartório do 1º Ofício
Rua de Santo Antônio, 100 - Santo Antônio
Cidade: São José - Estado: Santa Catarina
Fone: (47) 3333-1111 - Fax: (47) 3333-1112
E-mail: cartorio1@arpenbrasil.com.br

At: Registro de Propriedade nº 21 - Livro
Tomo nº 1 - 11/11/2017
Selo nº 11/11/2017
E-mail: arpenbrasil@arpenbrasil.com.br

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, ao qual autentico e dou fé. Em 24/01/2018 às 11:37 Enol. R\$ 2,71, FERD R\$ 0,54. Selo 201829564001480; Consulte em www.tise.jus.br/x/JOAMUZ Escrevente - NATIAMI MIGUEL DOS SANTOS

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

NOME
MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

MATRÍCULA
110981 01 55 2017 4 00015 227 0007417 - 43

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	PARDA	DIVORCIADO, 36 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
PRÓPRIA-SE	RG: 1521190 SSP-SE	SIM
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA		
PAI: ELIZANIO VIEIRA DOS SANTOS MÃE: MARIA DE FÁTIMA SILVA RESIDÊNCIA: POVOADO SÃO JOSÉ, 342, CENTRO, AMPARO DE SÃO FRANCISCO-SE		
DATA E HORA DE FALECIMENTO		DIA MÊS ANO
VINTE E CINCO DO MÊS DE JUNHO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSETE ÀS 00:20		25 06 2017
LOCAL DE FALECIMENTO		
HOSPITAL REGIONAL DE PROPRIÁ, PROPRIÁ-SE		
CAUSA DA MORTE		
TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE.		
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)		
CEMITÉRIO MUNICIPAL DA RUA SÃO JOSÉ, AMPARO DO SÃO FRANCISCO/SERGEPE.		
DECLARANTE		
MARIA JOELMA DE OLIVEIRA		
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO		
4912 - MÔNICA FIGUEIRÓIA SANTANA		
OBSERVAÇÕES/AVERSAÇÕES		
REGISTRADO NO LIVRO C/15, FLS. 227, SOB. Nº 7417. VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO E ANIMAL.		

NOME DO OFÍCIO: 2º OFÍCIO DA COMARCA DE PROPRIÁ
ESCREVENTE: GEILZA DE OLIVEIRA SANTOS
MUNICÍPIO: PROPRIÁ-SE
ENDEREÇO: AV. AUGUSTO MAYNARD, 22 - CENTRO

ISENTO DE EMOLUMENTOS.

Selo Digital de Autenticação
Tribunal de Justiça do Estado
do Rio de Janeiro - RJ
Selo TJD 201724053002405
Arquivo: 201724053002405



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: PROPRIÁ, SE, 27 de Junho de 2017.

Geilza de Oliveira Santos
Assinatura do Oficial



SEMPRE NO LIVRO C/15 - 06/02/2017 15:30 - 000006129

ARPENBRASIL AA 005549422 BRP



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

NOME
MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

MATRÍCULA
110981 01-55 2017 4 00015 227 0007417 - 43

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	PARDA	DIVORCIADO, 6 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
PRÓPRIA-SE	RG: 1521190 SSP-SE	SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

PAI: ELIZANTO VIEIRA DOS SANTOS
MÃE: MARIA DE FÁTIMA SILVA
RESIDÊNCIA: POVOADO SÃO JOSÉ, 342, CENTRO, AMPARO DE SÃO FRANCISCO-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

VINTE E CINCO DO MÊS DE JUNHO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSETE 00:20

DIA MÊS ANO

25 06 2017

LOCAL DE FALECIMENTO

HOSPITAL REGIONAL DE PRÓPRIA, PRÓPRIA-SE

CAUSA DA MORTE

TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE COJILIB, IDO)

CEMITÉRIO MUNICIPAL DA RUA SÃO JOSÉ, AMPARO DO SÃO FRANCISCO-SE/PERIPE.

DECLARANTE

MARIA JOELMA DE OLIVEIRA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATTESTOU O ÓBITO

4912 - MÔNICA FIGUEIRÓIA SANTANA

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

REGISTRADO NO LIVRO C/15, FLS. 227. SOB. Nº 7417. VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO E ANIMAL.

NOME DO OFÍCIO: 2º OFÍCIO DA COMARCA DE PRÓPRIA
ESCREVENTE: GEILZA DE OLIVEIRA SANTOS
MUNICÍPIO: PRÓPRIA-SE
ENDEREÇO: AV. AUGUSTO MAYNARD, 22 - CENTRO

ISENTO DE EMOLUMENTOS.

2º Ofício da Comarca de Propria
Cartório de Obitos de Propria
2º Ofício da Comarca de Propria
22/06/2017 - 10:11:11
Tela 7-16 20170555002405
Assinatura Oficial do Ofício



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: PRÓPRIA, SE, 27 de Junho de 2017.

Geilza de Oliveira Santos
Assinatura do Oficial



SEMPRE LIDER DEPART 1 08/02/2017 15:40 - 15:40:00
SEMPRE LIDER DEPART 18 09-FEB-2018 18:57 466138 1/1

ARPENBRASIL AA 005549422 BRP

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075559/18

Vítima: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

CPF: 001.892.675-42

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 24/06/2017

Titular do CPF: MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA : 059.283.665-74

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA : 075.869.485-77

Declaração de únicos herdeiros

MARCOS PANTA SILVA VIEIRA : 059.283.655-00

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

MARIA JOELMA DE OLIVEIRA : 901.559.045-15

Comprovante de residência

Prova de companheirismo

PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA : 086.300.345-13

Declaração de únicos herdeiros

WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA : 098.368.635-16

Declaração de únicos herdeiros

Outros



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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 24/08/2018
Nome: LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA
CPF: 059.283.665-74

Data do cadastramento: 29/08/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

LAYLA STEPHANNY SANTOS VIEIRA

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

Rio de Janeiro, 07 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WENDELL RODOLFO DOS SANTOS VIEIRA**
Nº Sinistro: **3180101988**
Vítima: **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**
Data do Acidente: **24/06/2017**
Cobertura: **MORTE**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180101988**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros não conclusiva
- Certidão de casamento não conclusiva

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00431/00432 - outa_03 - MORTE



Carta nº 13474381

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Patrícia dos Santos

RG nº 1.483.508, data de expedição 02/08/2009 Órgão SSP/SE

CPF nº 032.327.655-56 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Travessa Manoel Elpázio</u>
Número	<u>26</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Caixa D'água</u>
Cidade	<u>N. S. de Lourdes</u>
Estado	<u>SERGIPE</u>
CEP	<u>49890-000</u>
Telefone de Contato	<u>(79) 99839 9972</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 28 de março de 2018, N. S. de Lourdes

Assinatura do Declarante: Patrícia dos Santos

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE

Cartório do 1º Ofício de Propriá/SE

Notas e Protesto de Títulos

Bele Maria de Lourdes de França Oliveira

Maria de Lourdes de França Oliveira - Tabelião

Escreventes: Hebert Emmanuel Santos Melo e Nadiani Miguel dos Santos

Rômulo Lima da Silva - Tabelião Substituto

PRIMEIRO TRASLADO

Prova de companheirismo



Livro: 91

Folhas: 172

Selo Digital: 201729564014600

Site Selo: www.tjse.jus.br/x/BNANAA



Maria de Lourdes de França Oliveira - Tabelião
Rômulo Lima da Silva - Tabelião Substituto
Escreventes: Hebert Emmanuel Santos Melo e Nadiani Miguel dos Santos
Folhas: 172
Livro: 91
Selo Digital: 201729564014600
Site Selo: www.tjse.jus.br/x/BNANAA

Atestamos que a presente cópia é a reprodução fiel do original que
foi autenticado, o qual autenticado e dou fé, em 26/03/2018 as
9:00h, por mim, TABELIÃO, R\$ 0,34, Selo: 201729564014600. Consulte em
www.tjse.jus.br/x/BNANAA. Escrevente Autorizado - HEBERT EMANUEL
SANTOS MELO

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA PARA COMPROVAÇÃO DE UNIÃO
ESTÁVEL QUE FAZEM VILMA MARIA LEMOS SANTOS E OUTRAS, como
adiante se vê:

S A I B A M quantos esta Pública Escritura virem, que hoje, 05 de julho de 2017, nesta cidade de Propriá, Estado de Sergipe, em meu Cartório à Avenida Augusto Maynard, nº 22, perante mim Tabelião Substituto, compareceram como OUTORGANTES DECLARANTES, VILMA MARIA LEMOS SANTOS, brasileira, casada, pescadora, nascida em 03/05/1965, filha de Maria Noeme de Oliveira, portadora da CI/RG. sob nº 1.344.315-SSP/SE e inscrita no C.P.F./MF. sob o nº 882.454.385-53, residente e domiciliada na(o) Rua São José, 51, Centro, na cidade de Amparo do São Francisco, Estado de Sergipe, CEP: 49920-000, de passagem por esta cidade, e MARIA IZABEL DOS SANTOS, brasileira, casada, aposentada, nascida em 03/06/1960, filha de Cezario Arvelino dos Santos e Maria Cicera dos Santos, portadora da CI/RG. sob nº 526.495-SSP/SE e inscrita no C.P.F./MF. sob o nº 423.308.405-78, residente e domiciliada na(o) Rua São José, 22, Centro, na cidade de Amparo do São Francisco, Estado de Sergipe, CEP: 49920-000, de passagem por esta cidade. As presentes reconhecidas por mim, Tabelião Substituto, através das provas de identidade a mim exibida, do que dou fé. Então, pelas Outorgantes Declarantes me foi dito, sob as penas da lei o seguinte: DECLARAM cada uma de per si: 1º - "Que são conhecedoras que a Sra. MARIA JOELMA DE OLIVEIRA, brasileira, solteira, professora, nascida em 27/04/1970, filha de Milton de Oliveira e Valdete Correia de Oliveira, portadora da CI/RG. sob nº 875.609-SSP/SE e inscrita no C.P.F./MF. sob o nº 901.559.045-15, residente e domiciliada na(o) Rua São José, s/n, Centro, na cidade de Amparo do São Francisco, Estado de Sergipe, CEP: 49920-000, de

Avenida Augusto Maynard, nº 22 - Centro - Propriá/SE, CEP 49900-000 Tel/ fax 79 3322 1744
e-mail: extra.lpropria@tjse.jus.br

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

AA 752332

passagem por esta cidade (ora declarada), **CONVIVIA MARITALMENTE** em regime de união estável há mais de 17 (dezessete) anos, com objetivos de constituição familiar, conforme dispõe a Lei nº 9.278, de 10 de Maio de 1996, que regula o § 3º, do artigo 226, da Constituição Federal, e o artigo 1.723 e seu § 1º, do Código Civil Brasileiro, com o Sr. **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS** que era brasileiro, divorciado, portador da CI/RG. nº 1.521.190 - SSP/SE. e inscrito no C.P.F./MF. sob nº 001.892.675-42, domiciliado no Povoado São José, 342, Cento, Amparo do São Francisco/SE, CEP: 49920-000, o qual veio a óbito em 25/06/2017, em Hospital Regional de Propriá-SE, consoante Certidão de Óbito, lavrada no Cartório do 2º Ofício de Registro Civil da Cidade e Comarca de Propriá - Sergipe, registrado sob Matrícula nº 110981 01 55 2017 4 00015 227 0007417 - 43, expedida em 27 de junho de 2017". 2º - "Que essa união estável só foi extinta em razão do evento morte do Sr. **MARCONDE SILVA VIEIRA SANTOS**". 3º - "Que dessa união estável adveio dois filhos, a saber: **LETYCIA LORRANY DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA**, nascida em 07/09/2001 e **PAULO RICARDO DE OLIVEIRA SILVA VIEIRA**, nascido em 08/01/2009". 4º - Que firmam a presente Escritura espontaneamente, para que produza seus devidos e legais efeitos. Declaram as Outorgantes que aceitam a presente Escritura em todos os seus termos. Que a presente declaração está sendo feita sem dolo e sem coação de conformidade com (Art. 2º, da Lei nº 7.115/83). A pedido das partes lavrei esta escritura a qual feita e lhes sendo lida, acharam-na conforme, outorgaram, aceitaram e assinam juntamente com o(a) declarado(a). Dispensadas as testemunhas conforme Legislação em vigor (Art. 215, § 5º, do Código Civil Brasileiro). Pelo presente ató são devidos emolumentos cartorários no valor de **EMOLUMENTOS RS 108,47, FERD RS 21,69**, consoante Guia de Recolhimento nº 160170001977. Eu, **RÔMULO LIMA DA SILVA**, TABELIÃO SUBSTITUTO, digitei, subscrevo e assino em público e raso.

Em test^o de verdade
Propriá (Se): 05 de julho de 2017

RÔMULO LIMA DA SILVA

Vilma Maria Lemos Santos
VILMA MARIA LEMOS SANTOS

Maria Izabel dos Santos
MARIA IZABEL DOS SANTOS

Maria Joelma de Oliveira
MARIA JOELMA DE OLIVEIRA

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe
2º Ofício da Comarca de Propriá -
05/07/2017 - 09:34HS
Selo TJSSE 201729564014600
Acesse: www.tjse.jus.br/tjse014600



Cartório do 1º Ofício de Registro Civil da Cidade e Comarca de Propriá - Sergipe
Certifico que a presente escritura é a reprodução fiel do original que me foi apresentado, o qual autentico e dou fé. Em 26/07/2018 às 9:01 Emol. R\$ 21,69, FERD R\$ 108,47. Selo 20172956400136. Consulte em www.tjse.jus.br
SANTOS FELIPE