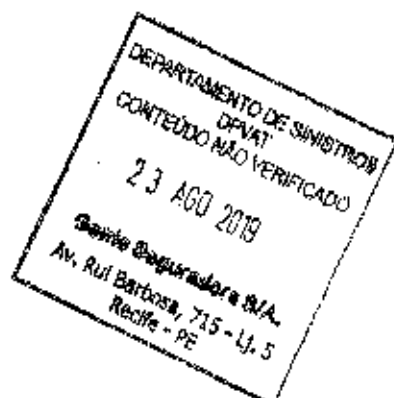
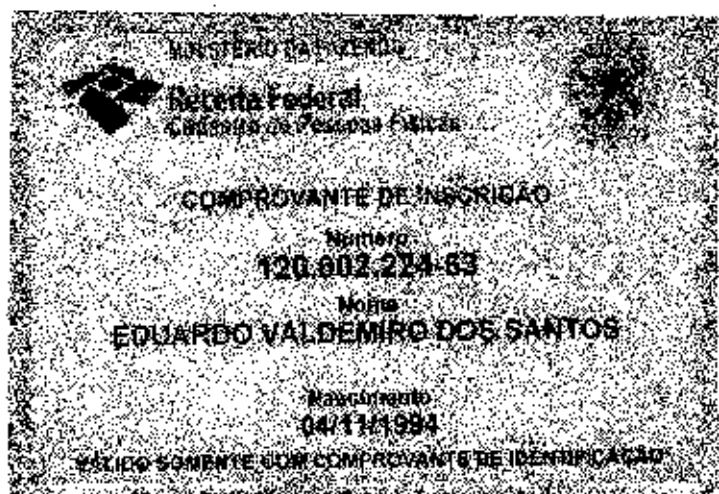
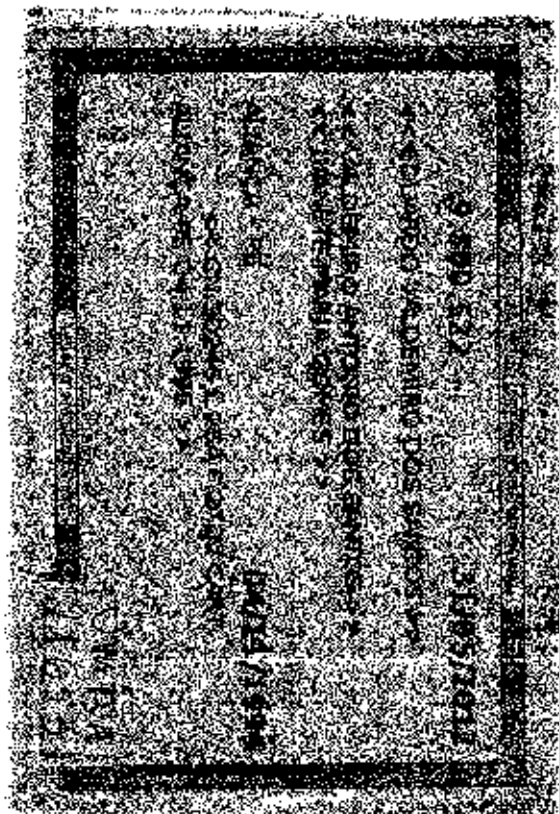


DEPARTAMENTO DE GASTOS  
D'PART  
CONTENDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Oscar Bagurazore S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - U  
Recife - P





Cartório de Registro Civil  
 Pge. 1  
 15.493

**Registro Civil das Pessoas Naturais**  
**COMARCA DE BUENOS AIRES - MUNICIPIO DE BUENOS AIRES**  
**ESTADO DE PERNAMBUCO**

cartoriounicobairesalbertogbat.com.br

**ALBERTO CARLOS VASCONCELOS**, Tabelião, Escrivão e Oficial do Registro Civil do  
 Cartório de Buenos Aires - PE, em virtude da Lei, etc

**NASCIMENTO Nº. 15.493**

Eu **ALBERTO CARLOS VASCONCELOS**, Tabelião e Oficial do Cartório de Registro Civil e Tabelionato do Município de Buenos Aires - PE, em virtude da lei, etc

**CERTIFICO** que, as folhas 34, livro A-16, de registro de nascimento foi feito no dia **14 de JULHO** de 2009, o assento de **KELLIANY VITÓRIA GOMES DOS SANTOS**.

Nascida no dia **UM** do mês de **JULHO** do ano de **DOIS MIL E NOVE** (01/7/2009), às **20** horas, do sexo **FEMININO** na **APAM, VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE**.

Filha de **VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS**, natural de Palmares-PE, e **IVANETE MARIA GOMES**, natural de Alagoas-PE, agricultora, solteira.

Avo paterno: **ANTONIO CICERO LINS DOS SANTOS**, e **SERASTIANA FRANCELINA DA CONCEIÇÃO**.

Avo materno: **SEVERINO FRANCISCO JOSÉ**, e **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO**.

Fundelariano **O GENTOR**.

Seviram de testemunhas. Apresentou a D.N.V. nº 30.50479584-8.

**CONSERVAÇÃO: Cópia do original.**

O referido é verdade, dou fe.

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL  
 CARTÓRIO Nº 15.493  
 23 AGO 2009  
 O Cartório de Registro Civil  
 Av. Rui Barbosa, 715  
 Recife - PE

Buenos Aires-PE, 14 de Julho de 2009.

**Alberto Carlos Vasconcelos**  
 Titular





ICNPJ 08.825.123/0001

CARTÃO ÚNICO

Pre. Antônio Gomes Pereira

# República Federativa do Brasil

ESTADO DE PERNAMBUCO

## Registro Civil das Pessoas Naturais

COMARCA DE NAZARÉ DA MATA — MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS Tabelião, Escrivão e Oficial do Registro Civil,  
do Município de Buenos Aires, Estado de Pernambuco, em virtude da Lei, etc.

### Nascimento N.º 14.732-

CERTIFICO que às folhas 277 do livro N.º 4-14, de Registros de Nascimento  
foi feito hoje, o assento de PEDRO BENILQUE GOMES DOS SANTOS,  
nascido aos dias doze (12) de dezembro (12) de dois mil e  
cinco (2005)-, às 10 horas 50 minutos  
na Unidade Mista, desta cidade.

do sexo masculino  
filho de Valdemiro Antonio dos Santos, agricultor,  
natural de Palmares-PE,

e de Dona Ivonete Maria Gomes, agricultora,  
natural de Palmares-PE,

São avós paternos Antônio Cláudio Lima dos Santos

e Dona Sebastiana Francisca da Conceição,

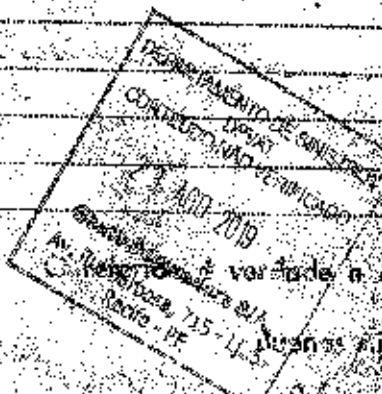
e avós maternos Severino Francisco Lobo

e Dona Rita Maria da Conceição.

Foi declarante O GENITOR

e serviram de testemunhos apresentou D.E.V nº 23183904.

Observações: RG nº. 10000000000000000000



Assinado e rubricado  
OFICIAL substituto

DE 2005.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO PARANÁ

ESTADO DO PARANÁ

MUNICÍPIO DE TUNOIS ATERRO

DISTRITO DE TUNOIS

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

do Registro Civil e Identificação, em virtude da Lei, nº 1.231, de 1950.

Nº 12.371

CERTIFICO que no livro nº 4-12, de assentamentos, de nascimento, to. 11to no dia onze (11) do mês de novembro de 1951, do ano 1951.

o registro de WILSON ALBERTO DOS SANTOS

do sr. o testilho

nascido no dia vinte e oito do agosto de dois mil e trezentos e três (28/8/1951)

às 15:30 horas na Unidade Mista de São José.

filho de Valdemiro Antonio dos Santos, agricultor e de Francisca Maria Gomes, do lar, natural de Almirante.

São avós paternos Antonio Cicero Lima dos Santos

e Sebastião da Trindade de Moraes

avós maternos Nelson de Almeida e Maria

de Almeida

Partidários

O referido é verdade e sou lá.

Observações

ALBERTO CARLOS

TITULO





CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
E DE NOTAS DE BUENOS AIRES-PE  
Av. João Teóbaldo de Azevedo nº 103  
Vila São Luiz, Buenos Aires - PE  
Alberto Carlos Vasconcelos (81) 9333-7107  
T. Celular  
Gouvargere Priscilla (81) 9429-1394  
Escritor de Substituta

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME BRENO VALDEMIRO DOS SANTOS

MATRICULA

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

trinta de abril de dois mil e doze

DIAS MES ANO

30 04 2012

HORA

20,20 horas

MUNICIPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Nazaré da Mata-PE

MUNICIPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO

Buenos Aires-PE

Hospital Eminó Coutinho

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

PAI: BRENDO VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS, natural de Palmeiras-PE  
MÃE: IVANETE MARIL GOMES, natural de Nazaré da Mata-PE

AVÓS

Paternos: ANTONIO CICERO LINS DOS SANTOS e SEBASTIANA FRANCELINA DA  
CONCEICAO  
Maternos: SEVERINO FRANCISCO JOSE e RITA MARIA DA CONCEICAO

GENÉOS NOME E MATRICULA DO(S) GENÉIO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

quinze de maio de dois mil e doze

NUMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO

30-86877670-8

OBSERVAÇÕES/ESPECIFICAÇÕES

Certidão reproduzida do termo original

NOME DO OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E NOTAS

OFICIAL REGISTRADOR: ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

MUNICIPIO DE BUENOS AIRES-PE, e-mail: cartorioam@buenosaires.pe@hotmail.com

ENDEREÇO: Av. João Teóbaldo de Azevedo nº 103, Vila São Luiz, CEP: 55.848-000

Alberto Carlos Vasconcelos

Cartório de Registro Civil das Pessoas Naturais e Notas

Buenos Aires-PE

2012

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

Conteúdo da certidão é verdadeiro. Foi feita  
data e local 15 de maio de 2012 Buenos Aires-PE

Assinatura do Oficial

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

2012





**BRASIL**

**(HTTPS://GOV.BR)**



**Ministério da Fazenda**

**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

**Nº do CPF: 070.019.584-09**

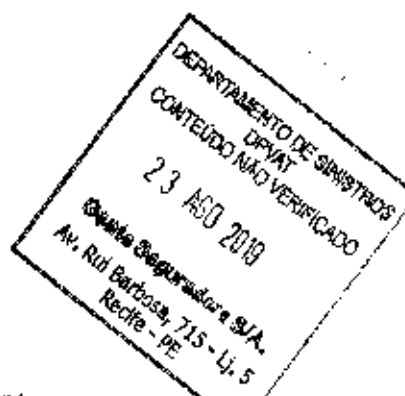
**Nome: IVANETE MARIA GOMES**

**Data de Nascimento: 27/01/1973**

**Situação Cadastral: REGULAR**

**Data da Inscrição: 15/09/2004**

**Digito Verificador: 00**





04 JUL 2013

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
COTIZADO NÃO VERIFICADO  
03 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife PE CEP: 52011-040

788.838 10/02/2014  
MARELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI >>  
>> JOSE MANOEL DE SANTANA >>  
>> MARIA CELE DE OLIVEIRA SANTANA >>  
VICINHA - PE 24/12/1986  
>> 075034018201328001503 >>  
05049410 VICINHA PE >>  
065.005.884.00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
COTIZADO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2013  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08 R - 41

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

MINISTÉRIO DA FAZENDA

RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

745.572.704-68

Nome

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Nascimento

09/03/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3.440.035

10/04/2012

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS >>

<< ANTONIO CICERO LINS DOS SANTOS >>

<< SEBASTIANA FRANCIELINA DA CONCEIÇÃO >>

PALMARES - PE

09/03/1968

CH. 1.1897 L. 964 F. 48 CART. PALDOLHO - PE 15.01.1965 >>

745.572.704-68

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28 SET. 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-040

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

745.572.704-68

Nome

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Nascimento

09/03/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO FOMENTO BOM

08214



EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS

CARTERA DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

9.500.522

31/05/2012

<< EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS >>

<< VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS >>

<< IVANETE MARIA GOMES >>

ALIANÇA - PE

<< CN.30246 L.25A F.272V CART. ALIANÇA-PE 04.11.1995 >>

04/11/1994

Assinatura do Detentor

LEN 1.116 DE 25/08/03

04/11/1994

04/11/1994

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

120.002.224-63

Nome

EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS

Nascimento

04/11/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-040

CAIXA

POUPANÇA

6277 8016 1638 5203

10/21

EDUARDO VALDEMIRO SANTOS

0054 013 00027149-3

elo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE





CARTÓRIO ÚNICO

Pça. Antônio Gonçalves Pereira, S/N

Centro

CEP 55845-000

Buenos Aires - PE

**Registro Civil das Pessoas Naturais**  
**COMARCA DE BUENOS AIRES – MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES**  
**ESTADO DE PERNAMBUCO**

cartoriounicobaiaresalberto@bol.com.br

**ALBERTO CARLOS VASCONCELOS**, Tabelião, Escrivão e Oficial do Registro Civil do  
Cartório de Buenos Aires – PE, em virtude da Lei, etc.

**NASCIMENTO Nº.15.493**

Eu, **ALBERTO CARLOS VASCONCELOS**, Tabelião e Oficial do Cartório de Registro Civil e Tabelionato do Município de Buenos Aires – PE, em virtude da lei, etc.

**CERTIFICO** que, às folhas:34, livro:A-16, de registro de nascimento foi feito no dia 14 de **JULHO** de 2009, o assento de: **KELLIANY VITÓRIA GOMES DOS SANTOS**.

Nascida no dia **UM** do mês de **JULHO** do ano de **DOIS MIL E NOVE(01/7/2009)**, às 20 horas, do sexo: **FEMININO** na **APAMI, VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE**.

Filha de: **VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**, natural de **Palmares-PE**,

e dona: **IVANETE MARIA GOMES**, natural de **Aliança-PE**, agricultores, solteiros,

e Avós paternos: **ANTONIO CICERO LINS DOS SANTOS**,

e dona: **SEBASTIANA FRANCELINA DA CONCEIÇÃO**.

e Avós maternos: **SEVERINO FRANCISCO JOSÉ**,

e dona: **RITA MARIA DA CONCEIÇÃO**

Foi declarante: **O GENITOR**.

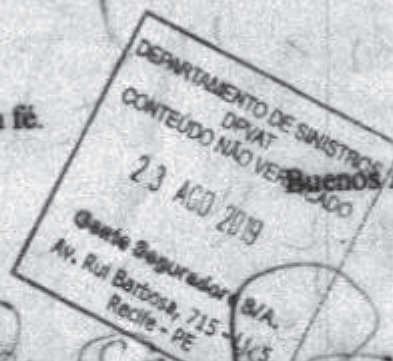
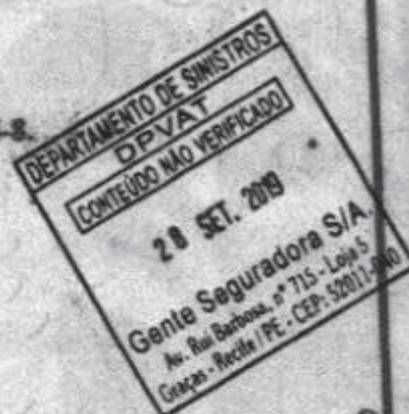
Serviram de testemunhas. Apresentou a D.N.V., nº 30-50479585-8.

**OBSERVAÇÃO: Cópia do original.**

O referido é verdade, dou fé.

Buenos Aires-PE, 14 de Julho de 2009.

**Alberto Carlos Vasconcelos**  
Titular



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO ANULA ESTE DOCUMENTO.

**Estado de Pernambuco**





CNPJ 08.825.523/0001-  
 CARTÃO ÚNICO  
 Pça. Antônio Gomes Pereira,

# República Federativa do Brasil

ESTADO DE PERNAMBUCO - **Buenos Aires-PE**

## Registro Civil das Pessoas Naturais

COMARCA DE NAZARÉ DA MATA — MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES  
 ALBERTO CARLOS VASCONCELOS, Tabelião, Escrivão e Oficial do Registro Civil,  
 do Município de Buenos Aires, Estado de Pernambuco, em virtude da Lei, etc.

**Nascimento** N.º 14.732-,

CERTIFICO que às folhas 277 do livro N.º A-14, de Registros de Nascimento  
 foi feito hoje, o assento de PEDRO HENRIQUE GOMES DOS SANTOS.  
 nascido aos dezoito (18) de dezembro (12) de dois mil e  
 cinco (2005)-, às 10 horas e 50 minutos.  
 na Unidade Mista, desta cidade.

filho de Valdemiro Antonio dos Santos, agricultor-,  
 natural de Palmares-PE,  
 e de Dona Ivanete Maria Gomes, agricultora-,  
 natural de Aliança-PE,

São avós paternos Antonio Cicero Lima dos Santos  
 e Dona Sebastiana Francelina da Conceição-,  
 e avós maternos Severino Francisco José  
 e Dona Rita Maria da Conceição-,

Foi declarante O GENITOR

a serviço da testemunhas: apresentou D.N.V nº 23183904

Observações: Não há.

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO  
**SELO**  
 Autenticidade  
 e Fiscalização  
 CERTIDÃO  
 ABS 5760

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
**DRVAT**  
 DANILDO MÓVERIFICADO  
 20 SET. 2015  
 Gêntle Seguradora S/A  
 Av. Raul Barbosa, 715 - Loja 5  
 Recife - PE - CEP: 52017-940

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 23 AGO 2015  
 Gêntle Seguradora S/A  
 Av. Raul Barbosa, 715 - Loja 5  
 Recife - PE

Marcelo da Cunha e Silva  
 OFICIAL substituta



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL E TABELIÃO

CGC 068.255.231/0001-88

Alberto Carlos Vasconcelos  
Tabelião

Praça Antonio Gomes Araújo Pereira  
Centro - Buenos Aires - PE

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES

DISTRITO DO TERMO

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

Civil

do Registro Civil e Tabelião, em virtude da Lei, etc.

Nº 14.211

FLS. 146v

CERTIFICO que no livro nº A-14 de assentamentos, de nascimento, fo. folto

no dia onze (11) do mês de novembro (11) do ano de 2003.

o registro de BRUNO VALDEMIR GOMES DOS SANTOS.

do sexo masculino

nascido no dia vinte e oito de agosto de dois mil e três (28/08/2003).

às 15.30 horas na Unidade Mista desta cidade.

filho de: Valdemiro Antonio dos Santos, agricultor  
Gomes, do lar, natural de Aliança-PE.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DRVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28-SET-2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Garan - Recife/PE - CEP-52011-040

São avós paternos Antonio Cicero Lima dos Santos  
e Sebastiana Francelina da Conceição.

avós maternos Severino Francisco José  
e Rita Maria da Conceição.

foi declarante

testemunhas presentes

O referido é verdade e dou fé.

Observações Não há.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DRVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23-AGO-2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Recife - PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco  
SELO  
Autenticidade  
e Fiscalização  
CERTIDÃO  
ABF 44485

Buenos Aires-PE

11 de

novembro

de 2003.

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

TITULAR



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL E TABELIÃO

CGC 068.255.231/0001-88

Alberto Carlos Vasconcelos  
Tabelião

Praca Antonio Gomes Araujo Pereira  
Centro - Buenos Aires - PE

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES

DISTRITO DO TERMO

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

Civil

do Registro Civil e Tabelião, em virtude da Lei, etc.

Nº 14.211.

FLS. 146v.

CERTIFICO que no livro nº A-14. de assentamentos, de nascimento, fo. folto no dia onze (11) do mês de novembro (11) do ano de 2003.

o registro de BRUNO VALDEMIR GOMES DOS SANTOS.

do sexo, masculino

nascido no dia vinte e oito de agosto de dois mil e três (28/08/2003).

às 15.30 horas na Unidade Mista desta cidade.

filho de: Valdemiro Antonio dos Santos, agricultor  
Gomes, do lar, natural de Aliança-PE.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28-SET-2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Garan - Recife/PE - CEP-52011-040

São avós paternos Antonio Cicero Lima dos Santos  
e Sebastiana Francelina da Conceição.

avós maternos Severino Francisco José  
e Rita Maria da Conceição.

foi declarante

testemunhas

O referido é verdade e dou fé.

Observações Não há.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DEVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23-AGO-2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Recife - PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco  
SELO  
Autenticidade e Fiscalização  
CERTIDÃO  
ABF 44485

Buenos Aires-PE

11 de

novembro

de 2003.

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

TITULAR



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL E TABELIÃO

CGC 068.255.231/0001-88

Alberto Carlos Vasconcelos  
Tabelião

Praça Antonio Gomes Araújo Pereira  
Centro - Buenos Aires - PE

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES

DISTRITO DO TERMO

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

Civil

do Registro Civil e Tabelião, em virtude da Lei, etc.

Nº 14.211.

FLS. 146v.

CERTIFICO que no livro nº A-14. de assentamentos, de nascimento, fo. folto no dia onze (11) do mês de novembro (11) do ano de 2003.

o registro de BRUNO VALDEMIR GOMES DOS SANTOS.

do sexo, masculino

nascido no dia vinte e oito de agosto de dois mil e três (28/08/2003).

às 15.30 horas na Unidade Mista desta cidade.

filho de: Valdemiro Antonio dos Santos, agricultor  
Gomes, do lar, natural de Aliança-PE.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DRVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
28-SET-2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Garan - Recife/PE - CEP- 52011-040

São avós paternos Antonio Cicero Lima dos Santos  
e Sebastiana Francelina da Conceição.

avós maternos Severino Francisco José,  
e Rita Maria da Conceição.

foi declarante G. S. T. O. R.

testemunhas Apresent.

O referido é verdade e dou fé.

Observações Não há.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DRVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23-AGO-2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Recife - PE

Tribunal de Justiça de Pernambuco  
SELO  
Autenticidade e Fiscalização  
CERTIDÃO  
ABF 44485

Buenos Aires-PE

11 de

novembro

de 2003.

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

TITULAR



DTMBA  
4835

# TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo antigo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035, de 29.10.1972, e posteriormente reformada pelo Decreto nº 5462, de 01.05.1965, que aprova a CLT. Ela é documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do contrato de trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como, para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de informações contido neste documento, e o seu estado de conservação, espelham a conduta e qualificações das atividades profissionais do trabalhador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e guardá-la, pois, além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação da validade de seus direitos, como trabalhador, contribui para assegurar o seu direito de seus dependentes, tendo validade, ainda, como documento de identificação.

Características básicas da CTPS: - É obrigatória para todos os trabalhadores.  
- É documento de identificação.

Visite o Portal ATE: [www.ate.gov.br](http://www.ate.gov.br)

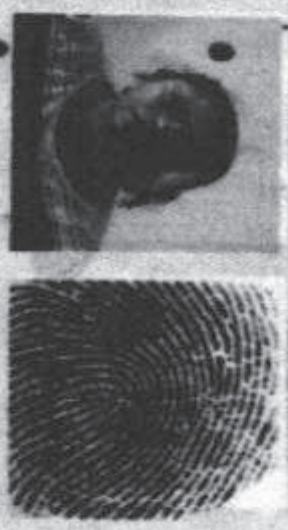
## MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

### CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

P. 162.82422-34-6

5634544 0050 PE

Nome: *maria carla*



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
20 SET. 2019  
Genle Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Guaçu - Recife / PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Genle Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa  
Recife



OTM B A

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

**IVANETE MARIA GOMES**  
FILIAÇÃO: JETA MARIA DA OMBRIGAO  
SEVERINO FRANCISCO JOSE  
NASCIMENTO: 27/01/1973  
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: ALIANÇA - PE  
DOCUMENTO: R.G. - 7.728.919 - OMBRIGAO - SOC - PE

LEI Nº 8.240, DE 10 DE MAIO DE 1994  
CPF: 070.012.304-09  
TIT. ELEITOR: 04161020000  
LOCAL DE EMISSÃO: AAPE - MUNICÍPIO DA MATA  
DATA DE EMISSÃO: 14/02/94  
CRM: 117  
ZONA: 25

*[Assinatura]*  
SECRETARIO DE JUSTICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

NOME	DOCUMENTO	DATA DE NASC.	ESTADO CIVIL	NATURALIDADE

03

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - U. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 SET. 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Geopó - Recife / PE - CEP: 52011-040



**BRASIL**  
**(HTTPS://GOV.BR)**



**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

**Nº do CPF: 070.019.584-09**

**Nome: IVANETE MARIA GOMES**

**Data de Nascimento: 27/01/1973**

**Situação Cadastral: REGULAR**

**Data da Inscrição: 15/09/2004**

**Digito Verificador: 00**



ASL-0291611/19  
isabelly.ursulino.0009  
18/09/2019 13:31:51

ASL-0291611/19  
isabelly.ursulino.0009  
18/09/2019 13:31:51



ASL-0291611/19  
isabelly.ursulino.0009  
18/09/2019 13:31:51

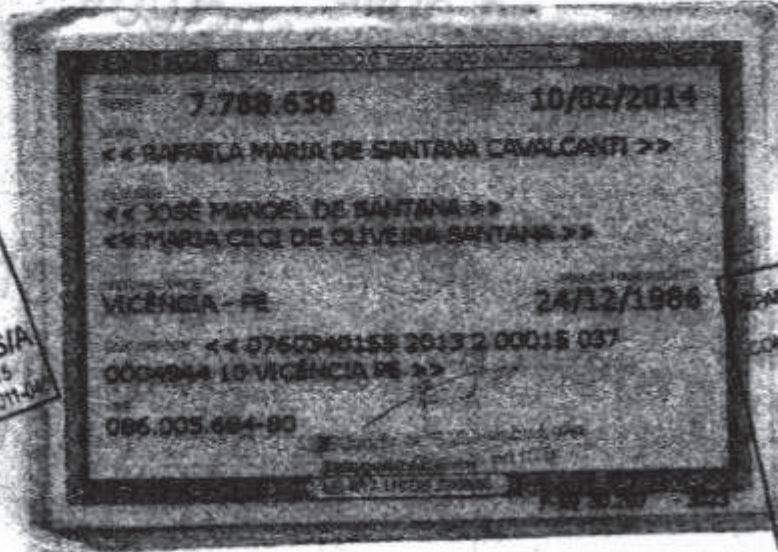
isabelly.ursulino.0009  
18/09/2019 13:31:51

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 SET. 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-040

04 JUL. 2019

ASL-0291611/19  
isabelly.ursulino.0009  
18/09/2019 13:31:51

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 JAN 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-040



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Recife - PE



## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Edinaldo Valdemiro dos Santos

Loc. Nasc. Itambé Est. PE Data 12.1.08/96

Filiação Valdemiro Antonio dos Santos

Ivarete Maria Gomes

Doc. Nº CR: 22.395, Livro 52-A, fls. 31 vº, Part. Itambé

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ...../...../..... Doc. Ident. Nº .....

Exp. em ...../...../..... Estado .....

Obs.: .....

Data Emissão 01.10.12 SRTE Ag. Regue da Hora-PE

Assinatura do Funcionário

Mat. 73.891

## ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

(Com relação a nome, est. civil e data de nasc.)



obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha. Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e refleta sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

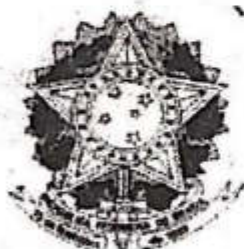
Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manuseio dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



**MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO**  
**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**



Número ..... **37622** ..... Série ..... **00104** .....

*Edinaldo Val Demiro*

ASSINATURA DO PORTADOR

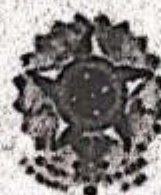
*Das Sermes.*





**MINISTÉRIO DA FAZENDA**

**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**131.330.954-04**

Nome

**EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS**

Nascimento

**12/08/1996**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUELL

**E-09**

*valdemir gomes dos santos*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 10.781.398

DATA DE EMISSÃO 09/03/2018

<< VALDEMIR GOMES DOS SANTOS >>

<< VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS >>

<< IVANETE MARIA GOMES >>

DATA DE NASCIMENTO 29/09/1999

BUENOS AIRES - PE

<< 076794 01 55 2000 1 00013 204 0013243 81 BUENOS AIRES-PE >>

150.686.724-32

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

418252070903175024 7477797

F-00. 17 376 - 3023

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
**150.686.724-32**

Nome  
**VALDEMIR GOMES DOS SANTOS**

Nascimento  
**29/09/1999**

CÓDIGO DE CONTROLE  
95A2.F677.8C13.DA82



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:48:47 do dia 27/12/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
**VALDEMIR GOMES DOS SANTOS**

DATA DE NASCIMENTO 29/09/1999

Nº INSCRIÇÃO 0945 8100 0825

ZONA 023

SEÇÃO 0115

MUNICÍPIO/UF BUENOS AIRES/PE

DATA DE EMISSÃO 23/02/2016

JUIZ ELEITORAL

*Ant. Gil...*

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*Valdemir Gomes dos Santos*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E IMAGENS REAIS

E-01



valdemir gomes dos santos

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.781.398

09/03/2018

<< VALDEMIR GOMES DOS SANTOS >>

<< VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS >>

<< IVANETE MARIA GOMES >>

BUENOS AIRES - PE

29/09/1999

<< 076794 01 55 2000 1 00013 204 0013243 81 BUENOS AIRES-PE >>

150.686.724-32

Ministério da Fazenda  
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
150.686.724-32

Nome  
VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

Nascimento  
29/09/1999

CÓDIGO DE CONTROLE  
95A2.F677.8C13.DA82



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:48:47 do dia 27/12/2017 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO  
29/09/1999

REGIÃO  
0945 8100 0825

MUNICÍPIO/UF  
BUENOS AIRES/PE

DATA DE EMISSÃO  
23/02/2018

Assinatura do titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLÍCAR DIREITO

Assinatura do titular

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

745.572.704-68

4 - Nome completo da vítima:

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS

6 - CPF:

120.002.224-63

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO

9 - Número:

05

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RUARL

12 - Cidade:

BUENOS AIRES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55845-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

81-9-9216-2319

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0054

3

CONTA: 00035246

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

28-11-2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

10

30 - Vítima deixou nascituro (foi nascer)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☒ Não

Estou ciente, de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES; 27 DE NOVEMBRO DE 2019

*Eduardo Valdemiro dos Santos*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

324-732830704-9

20/NOV/2019

HORA DE 14:53:16

LOT: 15.015785-1

TERM: 062177

LOCALIDADE: NAZARE DA MATA

AG. VINCULADA: 0054

CONTROLE: 742375581

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM DINHEIRO

0054 013 00035246-9

EDUARDO V DOS SANTOS

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO  
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

324-732830704-9

1ª VIA

loterias CAIXA

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 145.211.524-90  
7 - Profissão: NÃO TEM 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ SEM RENDA

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0054 CONTA: 00031041 3 AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou residuo (al mozer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI

CPF: 061.962.634-80

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

CPF: 087.418.374-01

Assinatura da testemunha

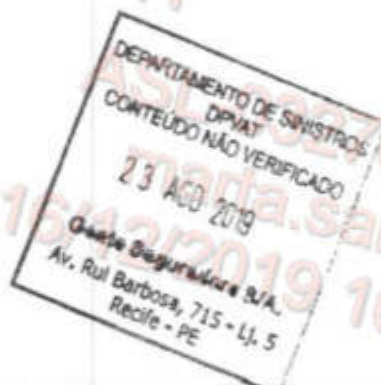
40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







DEPARTAMENTO DE ENQUETAS  
CONTENDO NÃO VERIFICA  
23 AGO 2019  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj  
Recife - PE



[illegible]

DEPARTAMENTO DE SAUÍSTROS  
DIPVAT  
CONTEUDO NAO VERIFICADO  
23 AGO 2013  
Pante Baguradora BVA.  
Av. Rui Barbosa, 715 - U. 3  
Recife - PE



**SAMU  
192**

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
Secretaria de Saúde de Buenos Aires  
Avenida Major Severino Mendes, nº 35, Buenos Aires, CEP 55845-000



**SOLICITAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE USO DE SERVIÇO**

EU Iranete Maria Gomes

RG: 7726519 CPF: 07001958409 FONE: (81) 99154-9463

Venho através deste solicitar o comprovante de atendimento do dia  
26/11/17 para fins de:

☒ DPVAT

☐ INSS

☐ OUTROS: \_\_\_\_\_



NOME DO PACIENTE: Valdemiro Antonio dos Santos

NOME DA MÃE: Sebastiana Francilina da Conceição

DATA DE NASCIMENTO: 09/03/1968

Ass: \*Iranete Maria Gomes

DATA: 10/09/19

Josicleide Dirlinda de Souza

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

JOSICLEIDE D. L. DE SOUZA  
REC. ENFERMAGEM  
COREM-PE 996206



[illegible]



**GOVERNADORIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

**DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO**

**RENATA JANEIRA ROCHA CAVALCANTE**

**CPF: 0428028 200 72**

**RG: 061.062.034-00** **DATA NASCIMENTO: 23/03/1988**

**PRONOME: FEM**

**PAIS: BRASIL**

**RAÇA: BRANCA**

**ENDEREÇO: RUA JUVENIL DA SILVA**

**CIDADE: CARPINA - PE**

**CEP: 53100-000**

**DATA EMISSÃO: 05/09/2023** **VALIDADE: 07/11/2023**

**TIPO DE DOCUMENTO: 1**

**ASSINATURA: Renata J. Rocha Cavalcante**

**LOCAL: CARPINA - PE**

**DATA EMISSÃO: 05/09/2023**

**PERNAMBUCO**

**1683348352**

**PROTEÇÃO PLÁSTICA**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
**20 SET. 2019**  
**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Grapas - Recife / PE - CEP: 52011-040

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
**23 ACO 2019**  
**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Recife - PE



**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**20 SET. 2019**

**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Gracías - Recife / PE - CEP: 52011-040

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**23 AGO 2019**

**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**20 SET. 2019**

**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Gracías - Recife / PE - CEP: 52011-040

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
**DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**23 AGO 2019**

**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** IVANETE MARIA GOMES, brasileira, Portador do documento de identidade 7.726.529, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 070.019.584-09, residente na Rua Acentamento novo mundo, nº 05, zona rural, Buenos Aires/PE.

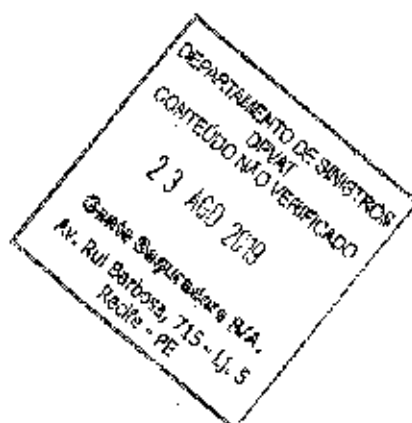
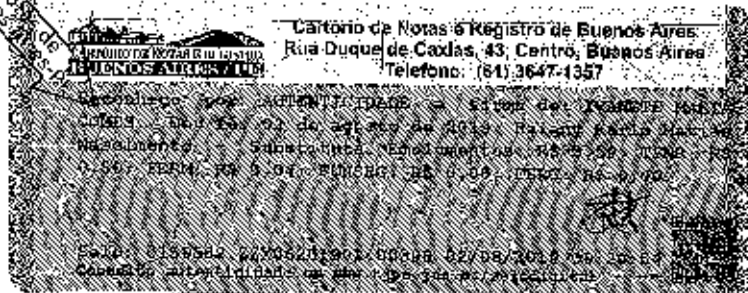
**OUTORGADO:** RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua José Emiliano, nº 1A, centro de Buenos Aires/PE.

**PODERES:** Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires / 02 de Agosto de 2019.

Outorgante:

Ivanete Maria Gomes





# INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** IVANETE MARIA GOMES, brasileira, Portador do documento de identidade 7.726.529, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 070.019.584-09, residente na Rua Acentamento novo mundo, nº 05, zona rural, Buenos Aires/PE.

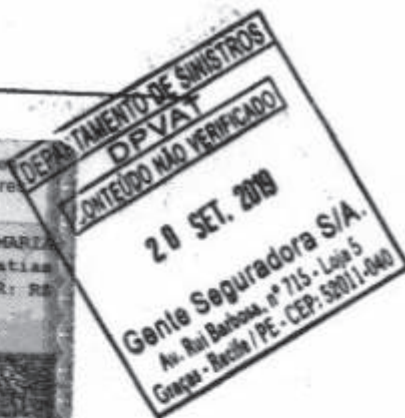
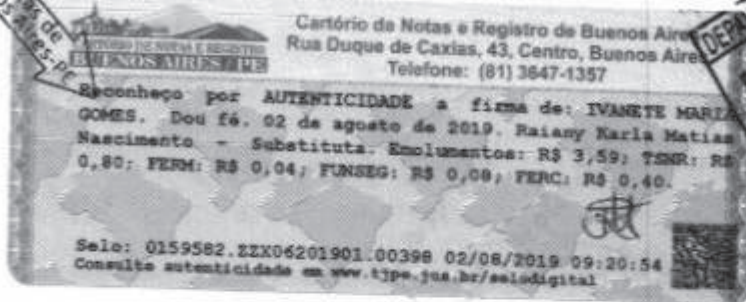
**OUTORGADO:** RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua José Emiliano, nº 1A, centro de Buenos Aires/PE.

**PODERES:** Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires / 02 de Agosto de 2019.

Outorgante:

Ivanete Maria Gomes



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327007/19

**Vítima:** VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

**CPF:** 745.572.704-68

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 26/11/2017

**Titular do CPF:** VALDEMIRO ANTONIO  
DOS SANTOS

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Documentos de identificação  
Outros

### **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80**

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### **IVANETE MARIA GOMES : 070.019.584-09**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### **BRENO VALDEMIRO DOS SANTOS :**

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### **BRUNO VALDEMIRO GOMES DOS SANTOS :**

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### **PEDRRO HENRIQUE GOMES DOS SANTOS :**

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### **KELLIANY VITORIA GOMES DOS SANTOS :**

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### **EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS : 120.002.224-63**

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

### **MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS : 145.211.524-90**

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/09/2019  
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI  
CPF: 086.005.684-80

---

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

---

Marta Marinho dos Santos

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0291611/19

**Vítima:** VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

**CPF:** 745.572.704-68

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/11/2017

**Titular do CPF:** VALDEMIRO ANTONIO  
DOS SANTOS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Documentos de identificação  
Outros

### **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI : 086.005.684-80**

Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Procuração

### **IVANETE MARIA GOMES : 070.019.584-09**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### **BRENO VALDEMIRO DOS SANTOS :**

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### **BRUNO VALDEMIRO GOMES DOS SANTOS :**

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### **PEDRO HENRIQUE GOMES DOS SANTOS :**

Certidão de casamento  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### **KELLIANY VITORIA GOMES DOS SANTOS :**

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### **EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS : 120.002.224-63**

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

### **MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS : 145.211.524-90**

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/08/2019  
Nome: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI  
CPF: 086.005.684-80

---

RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019  
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

---

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327007/19

**Número do Sinistro:** 3190543894

**Vítima:** VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

**CPF:** 745.572.704-68

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 26/11/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**VALDEMIR GOMES DOS SANTOS : 150.686.724-32**

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

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/02/2020  
Nome: VALDEMIR GOMES DOS SANTOS  
CPF: 150.686.724-32

\_\_\_\_\_  
VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/02/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

\_\_\_\_\_  
Marta Marinho dos Santos



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327007/19

**Número do Sinistro:** 3190543894

**Vítima:** VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

**CPF:** 745.572.704-68

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 26/11/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### VALDEMIR GOMES DOS SANTOS : 150.686.724-32

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

### EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS : 131.330.954-04

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

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020  
Nome: VALDEMIR GOMES DOS SANTOS  
CPF: 150.686.724-32

\_\_\_\_\_  
VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

\_\_\_\_\_  
Marta Marinho dos Santos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543894                      Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/11/2017                      Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANETE MARIA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
Seguradora Líder-DPVAT  
Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), IVANETE MARIA GOMES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543894                      Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/11/2017                      Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS

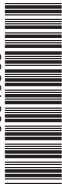
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543894                      Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/11/2017                      Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS

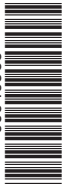
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 24 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), IVANETE MARIA GOMES**

**Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: IVANETE MARIA GOMES**

**Valor: R\$ 5.400,00**

**Banco: 001**

**Agência: 000001672-1**

**Conta: 0000013695-6**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS**

**Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000054**

**Conta: 0000031041-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 15 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS**

**Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000054**

**Conta: 0000035246-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS**

**Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000001783-3**

**Conta: 0000026080-0**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190543894**

**Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 26/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), VALDEMIR GOMES DOS SANTOS**

**Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: VALDEMIR GOMES DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 001**

**Agência: 000002335-3**

**Conta: 000010027546-X**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543894                      Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/11/2017                      Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), IVANETE MARIA GOMES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543894                      Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/11/2017                      Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543894                      Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/11/2017                      Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543894                      Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/11/2017                      Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.
--	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você





Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190543894                      Vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/11/2017                      Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS

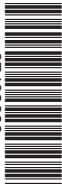
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.
---	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 749.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 145.211.524-90  
7 - Profissão: NÃO TEM 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0864 CONTA: 00031041 3 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (al nascituro)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1º | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI CPF: 061.962.634-80 Assinatura da testemunha: Davi Bezerra Cavalcanti Filho 39 - 2º | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2018.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Maria Eduarda Gomes dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-88 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS 6 - CPF: 120.002.224-63  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - TEL.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIPARÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 0002149 3 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 20/11/2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória: EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS  
36 - CPF legível de quem assina a rogatória: 745.572.704-88  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória: *Eduardo Valdeiro dos Santos*  
38 - Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI  
CPF: 061.952.634-00  
Assinatura da testemunha: *Esdras Jonatas Cavalcanti*  
39 - Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO  
CPF: 087.418.374-01  
Assinatura da testemunha: *Davi Bezerra Cavalcanti Filho*

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2018.

*Eduardo Valdeiro dos Santos*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escreva o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: BRENO VALDEMIRO DOS SANTOS 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR  
17 - Nome completo do Representante Legal: IVANETE MARIA GOMES  
18 - CPF do Representante Legal: 070.019.584-19 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA:   CONTA:    
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL  
AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 13695 6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro(s) (menor)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

34 - Assinatura de quem assina a roga/o pedido  
35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido  
36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1ª | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI  
CPF: 061.862.634-80  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO  
CPF: 007.418.374-01  
Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE., 08 DE AGOSTO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

07-06-2019 BANCO DO BRASIL S.A.  
AUTO-ATENDIMENTO 13.00,28  
0057371681

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1672-1 CONTA: 13.005-8  
CLIENTE: FIANETE MARTA JONES

HISTORICO	DEBITO	VALOR
29/03/2019		
Saldo Anterior		5.120
10/04/2019		
Tarifa Pacote de Serviços 00435		5.120
Tarifa referente a 10/04/2019		
Saldo		0.000
30/04/2019		
Benefício INSS	001905	998.000
Transferência enviada	005013	990.000
10/04/1672	SUITE Y JOSE FABIO DE	
Tarifa Pacote de Serviços 00435		7.760
Gobr para tarf pend ref a 10/04/2019		
S.A.L.D.O.		0.240

OBSERVAÇÕES:

Ha Tarifas pendentes de cobrança total em  
07/06/2019 R\$ 11,30. Sujeito a cobrança  
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.  
Procure sua agência.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 145.211.524-90  
7 - Profissão: NÃO TEM 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$1.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00  
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 00031041 3 AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (a) (a) nascido? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI

CPF: 061.962.634-80

*Esdras J. Cavalcanti*  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

CPF: 087.418.374-01

*Davi Bezerra Cavalcanti Filho*  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019.

*Maria Eduarda Gomes dos Santos*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS 6 - CPF: 120.002.224-63  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE. 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 00027149 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do valor recebido de indenização a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (al nascituro)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a rogatória: 36 - CPF legível de quem assina a rogatória: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória: 38 - 1ª Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI CPF: 061.962.634-80 Assinatura da testemunha: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha: 40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: KELLIANY VITORIA GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento: 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: IVANETE MARIA GOMES 18 - CPF do Representante Legal: 070.019.584-09 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 13695 6

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (al nascido)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI

CPF: 061.962.634-80

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

CPF: 087.418.374-01

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE., 08 DE AGOSTO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



07/06/2019 - DANDO DO BRASIL S.A.  
0067371681 - AUTO-ATENDIMENTO - 13.00.29

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1672-1 CONTA: 13.695-6  
CLIENTE: IVANETE MARIA GOMES

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
29/03/2019		
Saldo Anterior		
10/04/2019		
Tarifa Pacote de Servicos 004435		
Tarifa referente a 10/04/2019		
Saldo		0.00C
30/04/2019		
Beneficio INSS	081965	99.00C
Transferencia enviada	005013	99.00C
30/04 1672	5013-X JOSE FABIO DE	
Tarifa Pacote de Servicos 550951		
Cobr parc tarf pend ref a	10/04/2019	
S A L D O		

OBSERVAÇÕES:

Ha tarifas pendentes de cobrança. Total em  
07/06/2019 R\$ 11.16. Sujeito a cobrança  
quando ocorrer saldo positivo na conta corrente.  
Procure sua agência.

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Gracas - Recife / PE - CEP: 52011-040

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **745.572.704-68** 4 - Nome completo da vítima: **VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS** 6 - CPF: **131.330.954-04**  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: **RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO** 9 - Número: **05** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **ZONA RUARL** 12 - Cidade: **BUENOS AIRES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55845-000**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): **81-9-9216-2319**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **1783** CONTA: **26080** **0**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: **28-11-2017**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **FILHO** 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **10** Falecidos: **0** 30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascidos? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BUENOS AIRES; 27 DE NOVEMBRO DE 2019**

*Edinaldo Valdemiro dos Santos*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



1783 CARPINA

07-05

26.080-0

EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS

CPF/CNPJ 131.330.954-04

DISPONIVEL

= Total Disponivel .....

129,60-

+ Conta Facil(Cta Corrente + Poupanca)

129,60-

Total de Recursos .....

129,60-

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-62 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: VALDEMIR GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 099.550.834-84  
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81-9-9216-2319

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 2335 3 CONTA: 27546 8 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28-11-2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro (a nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES; 27 DE NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



USO ELETRÔNICO



# Ourocard

Poupança



5067 1 2130 2207 7164

VÁLIDO ATÉ

03/24

VALTEMER C

SANTOS

27.546-8

elo



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **745.572.704-62** 4 - Nome completo da vítima: **VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

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

5 - Nome completo: **VALDEMIR GOMES DOS SANTOS** 6 - CPF: **099.550.834-84**  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: **RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO** 9 - Número: **05** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **BUENOS AIRES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55845-000**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel (DDD): **81-9-9216-2319**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: **2335** **3** CONTA: **27546** **8** AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **28-11-2017**  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: **FILHO** 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **10** Falecidos: **0** 30 - Vítima deixou nascituro(a)nascer? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e procurarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BUENOS AIRES; 27 DE NOVEMBRO DE 2019**

*Valde miro gomes dos Santos*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# Ourocard

Poupança



5067 1 2130 2007 7166

5067

VÁLIDO ATÉ

03/24

VALDIR MIR G SANTOS  
27.546-8

elo



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP/PCRC DINT/DESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17ED334001414**



Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2017 às 14:06

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Grávida (Gravemente) que aconteceu no dia 28/11/2017 às 20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE NAZARE DA MATA, 1, RODOVIA ESTADUAL - 406 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL.**  
Local do Fato: **NÃO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**VIVIANE MARIA DOS SANTOS (NOTICANTE)  
EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS (CITRO)  
VALDENIRO ANTONIO DOS SANTOS (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(s) Sr(s): VALDENIRO ANTONIO DOS SANTOS**

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvido(s)**

**VALDENIRO ANTONIO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - NR: 00358 Sexo: Masculino/Idade: 38ANOS  
FRANCISMA DA CONCEIÇÃO Pó: ANTONIO CÉSAR LIMA DOS SANTOS Data de Nascimento: 07/05/1979 Nacionalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 3-440000000000000000 (RG) 7455733666 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, ARRENTAMENTO NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 53000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL.**

**VIVIANE MARIA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino/Idade: 37ANOS Pó: VALDENIRO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 04/11/1980 Nacionalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 573107330000000000 (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: SADA  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, ARRENTAMENTO NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 53000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL.**

**EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Idade: 37ANOS Pó: VALDENIRO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 04/11/1980 Nacionalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SEPARADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, ARRENTAMENTO NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 53000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL.**

**Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

Estado de Pernambuco S/A.  
Av. Rui Barbosa, 15 - 1º. L.  
Rio de Janeiro



**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade de(a) Sr(a) **EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS**, que possui em posse de(a) **SRA. VALDENIR ANTONIO DOS SANTOS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **NÃO**  
 Quantidade: **QUANTIDADE NÃO INFORMADA**

Placa: **PE12531 (PERNAMBUCO/MAZARE DA MATA)** Chassi: **9028411008489769**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Construtor: **SAS**

### Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DA NOTIFICANTE, FILHA DA VÍTIMA E MURDO PILOTADA A MOTOCICLETA DE PLACA PE-12531 DE COR VERMELHA, MODELO CG 125/2011, ANO 2011/2012, SENTIDO MAZARE À RUA MARIA ANTONIO, FILA PE-400 QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, E CAIU NA RODOVA, SOFRENDO FERIMENTOS GRAVES, SENDO SOCORRIDO DE IMEDIATO POR UMA UNIDADE DE SAMU DE SUJEITOS AOS PARA ESSE HOSPITAL (HE), FATO OCORRIDO NO DIA 20/11/2017 POR VOLTA DAS 20:00 HORAS. DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS VIOU A OBITO NO DIA 20/11/2017 ÀS 21:14 HORAS, CONFORME ORDEM DE REMOÇÃO DE CADÁVER, ASSINADA PELO MÉDICO DR. NARCENIO LUIS CORREIA - CRM: 23885. O CORPO RECEBEU O NÚMERO N° 003060.

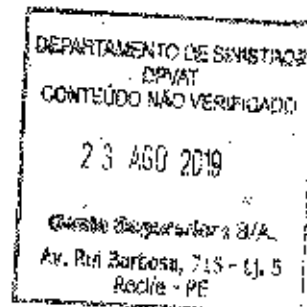
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Viviane Maria dos Santos*  
**VIVIANE MARIA DOS SANTOS**  
 (NOTIFICANTE)

B.O. registrado por: *Edvaldo Claudio Monteiro Filho*  
**EDVALDO CLAUDIO MONTEIRO FILHO - Matrícula: 2010003**



Registado



#### Relatório de Ocorrência

0294611/19

54,8916

03270041  
0190563890



**DELEGACIA DO ESPINHEIRO**  
GOVERNO DE PERNAMBUCO  
Secretaria de Defesa Social  
**POLICIA CIVIL**

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DPV/CRC DIM/2º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0334001414

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/11/2017 às 14:06

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culpoa (Consumidor) que aconteceu no dia 28/11/2017 às 22:00**

Fato ocorrido no endereço: **BRUSQUE DE NAZARE DA MATA, 1, RODOVIA ESTADUAL - 408 - Bairro: CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL.**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

**Pessoas envolvidas na ocorrência:**

VIVIANE MARIA DOS SANTOS ( NOTICIANTE )  
EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS ( OUTRO )  
VAL DOMIRO ANTONIO DOS SANTOS ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(s): VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

## Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**VALDEIRIS ANTONIO DOS SANTOS** (não presente no plantão) - NIC: 883988 Sexo: Masculino-Mãe: **BERASTIANA**  
**FRANCELMA DA CONCEIÇÃO** Pai: **ANTONIO CÍCERO LINS DOS SANTOS** Data de Nascimento: 2/2/1968 Nacionalidade:  
**PALMIARES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: 3-48835580E (RG) 7-4557276-488 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)**  
 Escolaridade: 8ª. **GRAN INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 53000-000 -**  
**Rua: CENTRO - BOMAS AGRIPERNAMBUCO/BRASIL**

**VIVIANE MARIA DOS SANTOS** (presente ao plantão) - Sexo: FEMININO - Mãe: **IVANETE MARIA GOMES** Pai: **VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **14/11/1991** Nacionalidade: **ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **5731073/SS04FE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Professor: **SASA** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 65000-000 - SÃO JOSÉ CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDUARDO VALDESORO DOS SANTOS** (não presente no plantio) - Sexo: **MASCULINO**; **IVANETE MARIA GOMES**  
Pai: **VALDESORO ANTONIO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **4/1/1954** Nacionalidade: **ALIANÇA / FERNANDUQUE / BRASIL** Estado  
Civil: **SEPARADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVO BUENOS - ZONA RURAL - CEP: 50000-000 -**  
Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/FERNANDUQUE/BRASIL**

## Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

the JNC: <http://www.jnc.org>; <http://www.jnc.org/DEpression.html>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2019

**Gente Seguradora S/A.**  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lote 5  
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-4-0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPHAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

**Genio Seguros S.A.**  
Av. Ruf Barbero, 15-11  
P.O. Box 6



28/11/2017

Bolém de Ocorrência

**MOTOCICLETA (VEÍCULO)** de propriedade de(a) Sr(a) **EDUARDO VALDEMAR DOS SANTOS**, que estava em posse de(a)

Sr(a) **VALDEMAR ANTONIO DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **NÃO**

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PET2831 (PERNAMBUCO/MAZARE DA MATA)** Chassi: **90280411008480769**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GLP**

### Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DA NOTICIANTE, FILHA DA VÍTIMA O MESMO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA - PET-2831 DE COR VERMELHA, MODELO CG 125/FAN K3, ANOS/DIA: 2011/2012, SENTIDO NAZARÉ A BUIRACAS, PELA PS-408 QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, E CAIU NA RODOVA, SOFRENDO FERIMENTOS GRAVES, SENDO SOCORRIDO DE IMEDIATO POR UMA UNIDADE DO SAMU DE BUIRACAS PARA ESSE HOSPITAL (HR), FATO OCORRIDO NO DIA 28/11/2017 POR VOLTA DAS 20:00 HORAS. DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS VEIO A ÓBITO NO DIA 28/11/2017 ÀS 21:14 HORAS, CONFORME GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER, ASSINADA PELO MÉDICO DR. MANDIÃO LUIS GOMES - CRM: 23885. O CORPO RECEBEU O N° DE N° 053900.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

*Viviane Maria dos Santos*

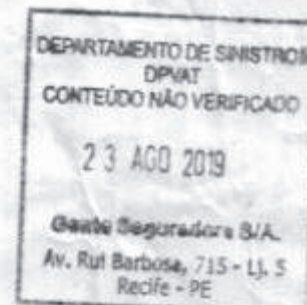
**VIVIANE MARIA DOS SANTOS**  
(NOTICIANTE)

*Edvaldo Claudio Monteiro Filho*

B.O. registrado por: **EDVALDO CLAUDIO MONTEIRO FILHO - Matrícula: 3810855**



Leg: 00100





FALTA  
SVSE 77



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ªCIRC DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0334001414**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/11/2017** às **14:06**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **26/11/2017** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE NAZARE DA MATA, 1, RODOVIA ESTADUAL - 408 -**  
Bairro: **CENTRO - NAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VIVIANE MARIA DOS SANTOS ( NOTICIANTE )  
EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS ( OUTRO )  
VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - NIC: 083960 Sexo: Masculino Mãe: SEBASTIANA FRANCELINA DA CONCEIÇÃO Pai: ANTONIO CÍCERO LINS DOS SANTOS Data de Nascimento: 9/3/1968 Naturalidade: PALMARES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3440035/SDS/PE (RG). 74557270468 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**VIVIANE MARIA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: IVANETE MARIA GOMES Pai: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 14/11/1991 Naturalidade: ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8731073/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: BABA Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: IVANETE MARIA GOMES Pai: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 4/11/1994 Naturalidade: ALIANCA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SEPARADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PET2531** (PERNAMBUCO/NAZARE DA MATA) Chassi: **9C2IC4110CR480769**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GAS**

Complemento / Observação

**SEGUNDO RELATO DA NOTICIANTE, FILHA DA VÍTIMA O MESMO PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA - PET-2531 DE COR VERMELHA, MODELO CG 125/FAN KS, ANO/MOD: 2011/2012, SENTIDO NAZARÉ À BUENOS AIRES, PELA PE-408 QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESMA, E CAIU NA RODOVIA, SOFRENDO FERIMENTOS GRAVES, SENDO SOCORRIDO DE IMEDIATO POR UMA UNIDADE DO SAMUR DE BUENOS AIRES PARA ESSE HOSPITAL (HR), FATO OCORRIDO NO DIA 26/11/2017 POR VOLTA DAS 20:00 HORAS. DEVIDO À GRAVIDADE DOS FERIMENTOS VEIO À ÓBITO NO DIA 28/11/2017 ÀS 21:14 HORAS, CONFORME GUIA DE REMOÇÃO DE CADÁVER, ASSINADA PELO MÉDICO DRº. NANDINHOLUIS GOMES - CRM: 25585. O CORPO RECEBEU O NI DE Nº 083960.**

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

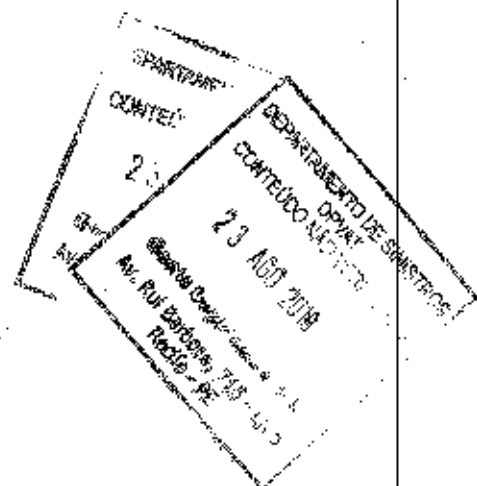
**VIVIANE MARIA DOS SANTOS**  
**(NOTICIANTE)**

B.O. registrado por: **EDVALDO CLAUDIO MONTEIRO FILHO** - Matrícula: **3810895**

A la recibida

individuo.

Favor, desconsiderar.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital  
Certidão de Óbito

NOME

**VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

MATRÍCULA

074997 04 55 2017 4 00244 031 0117111 75

SEXO Masculino	COR Branca	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 49 anos
NATURALIDADE Pernambuco, Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 749.572.704-68, RG 3.440.035	SLATOR Sim
LUGAR DE RESIDÊNCIA Filho de ANTONIO CICERO LINS DOS SANTOS e de SEBASTIANA FRANCELINA DA CONCEIÇÃO. Residência do falecido: Acentamento Novo Mundo nº 5, Zona Rural, Buenos Aires, Pernambuco		
DATA E HORA DE VALDEMIRO Valemiro, filho de novembro de dois mil e dezessete, às		DIÁ 28
LOCAL DE FALECIMENTO No Hospital da Restauração, Recife-PE		HORA 11
CAUSA DE MORTE Traumático (crânioencefálico grave)		ANO 2017
RESULTADO DE EXAMINAÇÃO Cemitério São Sebastião, Buenos Aires-PE	DECLARANTE Viviane Maria dos Santos, naturalidade Brasileira, RG Nº 8.721.075 SDS-PE, CPF/MF Nº 103.499.444-70, profissão Babá, estado civil solteiro, residente Rua Alvin do Rego Barros, nº 160, Centro, Nazaré da Mata-PE, filha do falecido	
NOME E N.º DE DOCUMENTO (CÓPIA) DE QUE SE DEPENDER PARA ATESTAR (ANEXO OBRIG.) Andre Paillet, CRM 10357		
OBSERVAÇÕES E ANEXOS Ata registrada no livro C-243, às folhas 31 e 32 nº 117111. Data do registro: 30 de novembro de 2017. Data do óbito: 28 de novembro de 2017. Profissão do falecido: Trabalhador Rural. Data de nascimento do falecido: 9 de março de 1968. Era solteiro. O falecido deixa 10 filhos e não deixa bens. Não constam averbações a margem de termo, digitado por: lllar. ATO GRATUITO.		

Nome do Óbito  
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital

Oficial Registrador

Cleide Amélia Gouveia Vandelei

Sei: Marcus Antonio de Azevedo Beltrão, 1º substituto

Sei: Bruno de Andrade Beltrão, 2º substituto

Município/UF

Recife-PE

Endereço

Av. João de Barros, 1664, Lojas 01/02, Espinheiro Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Sigla: 0074901 JBS11201701 00708

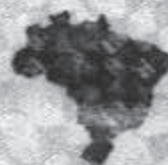
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/siglodigital](http://www.tjpe.jus.br/siglodigital)

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé  
Recife, 30 de novembro de 2017

DEPARTAMENTO DE GRAÇA  
DEPARTAMENTO DE GRAÇA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 ABR 2018  
Sei: BRUNO DE ANDRADE BELTRÃO  
3º Substituto

AAB 223525





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital  
Certidão de Óbito

NOME:

**VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

MATRÍCULA:

**074997 01 55 2017 4 00244 031 0117111 75**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

**20 SET. 2019**

Gente Seguradora S/A

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040

SEXO <b>Masculino</b>	COR <b>Branca</b>	ESTADO CIVIL E IDADE <b>Solteiro, 49 anos</b>
NATURALIDADE <b>Palmares, Pernambuco</b>	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO <b>CPF/MF Nº 745.572.704-68, RG 3.440.035</b> <b>SDS/PE</b>	ELEITOR <b>Sim</b>
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA <b>Filho de ANTONIO CICERO LINS DOS SANTOS e de SEBASTIANA FRANCELNA DA CONCEIÇÃO. Residência do falecido: Acentamento Novo Mundo nº 5, Zona Rural, Buenos Aires, Pernambuco</b>		
DATA E HORA DE FALECIMENTO <b>Vinte e oito de novembro de dois mil e dezessete, às</b>		DIA <b>28</b>
		MÊS <b>11</b>
		ANO <b>2017</b>
LOCAL DE FALECIMENTO <b>No Hospital da Restauração, Recife-PE</b>		
CAUSA DA MORTE <b>Traumatismo Cranioencefálico grave.</b>		
SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO <b>Cemitério São Sebastião, Buenos Aires-PE</b>	DECLARANTE <b>Viviane Maria dos Santos, nacionalidade Brasileira, RG Nº 8.731.073 SDS-PE, CPF/MF Nº 103.489.444-70, profissão Babá, estado civil solteiro, residente Rua Alvim do Rego Barros, nº168 Centro, Nazaré da Mata-PE, filha do falecido</b>	
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO <b>André Palliot, CRM 16457</b>		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES <b>Ato registrado no livro C-244, às folhas 31 sob o nº 117111. Data do registro: 30 de novembro de 2017. Data do óbito: 28 de novembro de 2017. Profissão do falecido: Trabalhador Rural. Data de nascimento do falecido: 9 de março de 1968. Era eleitor. Solteiro. O falecido deixa 10 filhos e não deixa bens Não constam averbações à margem do termo, digitado por lianac. ATO GRATUITO</b>		

Nome do Ofício  
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital  
Oficial Registrador  
Cleide Amélia Gouveia Vanderlei  
Bel. Marcus Antonio de Azevedo Beltrão Junior-1º substituto  
Bel. Bruno de Andrade Beltrão- 2º substituto

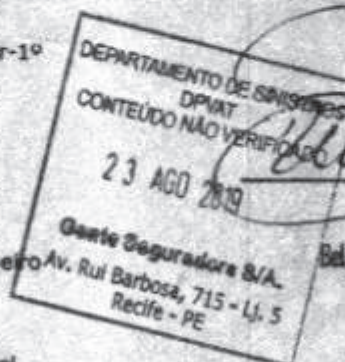
Município/UF  
Recife-PE

Endereço  
Av. João de Barros, 1664 Lojas 01/02, Espinheiro

Selo: 0074997.JBS11201701.00706

Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital).

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Recife, 30 de novembro de 2017.



Bel. BRUNO DE ANDRADE BELTRÃO  
3º Substituto

AAB 223525





Companhia Brasileira de Energia  
Av. 1000 da América, 111, 04014-000 São Paulo - SP  
CNPJ: 06.955.532/0001-09 | Tel: 0800-454545 | www.celpe.com.br

ENDEREÇO

IVANEYE MARIA GOMES

ENDEREÇO DE ENTREGA

RUA ALCEGATAMENTO NOVO MUNDO 5

CPF: 070.019.564-99 INS. 10/182422348  
CLASSIFICAÇÃO

ZONA RURAL, BUENOS AIRES/ELIMOS, AL  
BUENOS AIRES PE  
55455-000

BT RESIDENCIAL  
BARRAGEM COMINS

CONSUMO MENSUAL

CONSUMO ANUAL

CONSUMO TRIMESTRAL

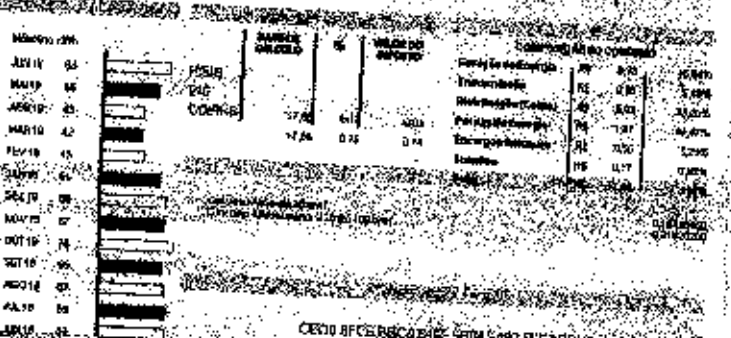
CONSUMO SEMESTRAL

CONSUMO ANUAL

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh  
Atividade Barba Amarilla  
Consumo, 4um, Puro e Municipal

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
30,000000	0,18508118	5,55
30,000000	0,31734767	9,52
		0,25
		1,10

IP DO	TIPO DA	ANEXO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	IP DO	CONSUMO	ALERTA	CONSUMO PAGO
100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000	100000



CEMIG RECOMENDADO PARA O SEU TIPO DE CONSUMO

Para obter o valor da tarifa, consulte o site da CEMIG ou o aplicativo CEMIG. O valor da tarifa é calculado com base no consumo médio mensal e no tipo de consumo. O valor da tarifa é calculado com base no consumo médio mensal e no tipo de consumo. O valor da tarifa é calculado com base no consumo médio mensal e no tipo de consumo.

TIPO DE CONSUMO	VALOR UNIT.	QUANTIDADE	VALOR TOTAL
100000	100000	100000	100000
100000	100000	100000	100000
100000	100000	100000	100000

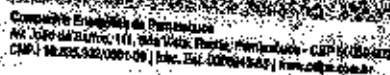
DATA DE EMISSÃO: 21/08/2019

838080000009 180200110022 577585014100 144074101833



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gustavo Borges e Silva S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE





**INSTRUCTIONS TO CONTRIBUTORS**

RELAZIONE AL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

ZONA RURAL BUENOS AIRES BUENOS AIRES  
BUENOS AIRES PE  
5545.000

4-371-1-1

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

SECRET

[illegible]

30,000,000 0,000,000

0.31724757	12.1
------------	------

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	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

IP DO	TYPE BA	ATTENTION	STATUS	REMARKS
192.168.1.1	10.0.0.1	10.0.0.1	10.0.0.1	10.0.0.1

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE	DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
10/1/80	10/1/80	100.00	100.00	10/1/80	10/1/80	100.00	100.00
10/2/80	10/2/80	100.00	200.00	10/2/80	10/2/80	100.00	200.00
10/3/80	10/3/80	100.00	300.00	10/3/80	10/3/80	100.00	300.00
10/4/80	10/4/80	100.00	400.00	10/4/80	10/4/80	100.00	400.00
10/5/80	10/5/80	100.00	500.00	10/5/80	10/5/80	100.00	500.00
10/6/80	10/6/80	100.00	600.00	10/6/80	10/6/80	100.00	600.00
10/7/80	10/7/80	100.00	700.00	10/7/80	10/7/80	100.00	700.00
10/8/80	10/8/80	100.00	800.00	10/8/80	10/8/80	100.00	800.00
10/9/80	10/9/80	100.00	900.00	10/9/80	10/9/80	100.00	900.00
10/10/80	10/10/80	100.00	1000.00	10/10/80	10/10/80	100.00	1000.00
10/11/80	10/11/80	100.00	1100.00	10/11/80	10/11/80	100.00	1100.00
10/12/80	10/12/80	100.00	1200.00	10/12/80	10/12/80	100.00	1200.00
10/13/80	10/13/80	100.00	1300.00	10/13/80	10/13/80	100.00	1300.00
10/14/80	10/14/80	100.00	1400.00	10/14/80	10/14/80	100.00	1400.00
10/15/80	10/15/80	100.00	1500.00	10/15/80	10/15/80	100.00	1500.00
10/16/80	10/16/80	100.00	1600.00	10/16/80	10/16/80	100.00	1600.00
10/17/80	10/17/80	100.00	1700.00	10/17/80	10/17/80	100.00	1700.00
10/18/80	10/18/80	100.00	1800.00	10/18/80	10/18/80	100.00	1800.00
10/19/80	10/19/80	100.00	1900.00	10/19/80	10/19/80	100.00	1900.00
10/20/80	10/20/80	100.00	2000.00	10/20/80	10/20/80	100.00	2000.00
10/21/80	10/21/80	100.00	2100.00	10/21/80	10/21/80	100.00	2100.00
10/22/80	10/22/80	100.00	2200.00	10/22/80	10/22/80	100.00	2200.00
10/23/80	10/23/80	100.00	2300.00	10/23/80	10/23/80	100.00	2300.00
10/24/80	10/24/80	100.00	2400.00	10/24/80	10/24/80	100.00	2400.00
10/25/80	10/25/80	100.00	2500.00	10/25/80	10/25/80	100.00	2500.00
10/26/80	10/26/80	100.00	2600.00	10/26/80	10/26/80	100.00	2600.00
10/27/80	10/27/80	100.00	2700.00	10/27/80	10/27/80	100.00	2700.00
10/28/80	10/28/80	100.00	2800.00	10/28/80	10/28/80	100.00	2800.00
10/29/80	10/29/80	100.00	2900.00	10/29/80	10/29/80	100.00	2900.00
10/30/80	10/30/80	100.00	3000.00	10/30/80	10/30/80	100.00	3000.00
10/31/80	10/31/80	100.00	3100.00	10/31/80	10/31/80	100.00	3100.00
11/1/80	11/1/80	100.00	3200.00	11/1/80	11/1/80	100.00	3200.00
11/2/80	11/2/80	100.00	3300.00	11/2/80	11/2/80	100.00	3300.00
11/3/80	11/3/80	100.00	3400.00	11/3/80	11/3/80	100.00	3400.00
11/4/80	11/4/80	100.00	3500.00	11/4/80	11/4/80	100.00	3500.00
11/5/80	11/5/80	100.00	3600.00	11/5/80	11/5/80	100.00	3600.00
11/6/80	1			11/6/80	11/6/80	100.00	3700.00

[illegible]

0070 AFCEBSCB42 504 5492 517 DCA

[illegible][illegible][illegible]

21052014

1995

838000000009 190200110022 577595014100 144074101833



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DIPAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Cidade Seguros S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 715, Edifício Rádio, Recife - CEP 50040-000  
CNPJ 06.938.929/0001-40 (Insc. Est. 00032043) www.celpe.com.br

SEVIRIA DAVIANA DE FARIAS

JOSE FMM UNO 1.4

CPF 036 898.044-24

02/08/2018

PR COMERCIA  
OUTROS RECURSOS OUTRAS ATIVIDADES

UNICA 20190018  
20190018 20190018  
20190018 20190018 44789

CENTRO GUANABARA  
RUIZ SALES DE  
55645-000

10/10/2018  
22/14/2018  
48.38

Parque Anup (UN)  
Academia Brasileira VERMELHA  
Cidade: B. da Fátima - Recife  
CNPJ 06.938.929/0001-40  
Autoprodução - NF 024152014-200918  
Autoprodução - NF 024152014-200918  
Autoprodução - NF 024152014-200918

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
51 0001000	0,72380188	36,95
		1,78
		1,78
		0,29
		1,71
		0,24
		0,15

PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL

PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
03 JAN 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 Lda 5  
Graciosa - Recife/PE CEP: 50040-000

PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
PROD	TIPO DA	ENTRADA	DATA	VALOR	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2018  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lda 5  
Recife - PE

38876000000-1 48380011002 0 65984501910-2 14988828143-0  
48.38



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
NÚMERO DE CONTADOR: 55845-000  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CNPJ 16.836.520/0001-08 | Insc. Est. 0008943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVANETE MARIA G. MEIS

CPF 070 019 14-4-9 NIS 1628242346  
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BARRA RENDA COM NO

PERÍODO DE CONTAGEM	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM
01/08/2019	01/08/2019	01/09/2019
02/09/2019	02/09/2019	02/10/2019
03/10/2019	03/10/2019	03/11/2019

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES PE  
55845-000

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
21/08/2019	08/07/2019
19,02	

Consumo Abaixo de 30 kWh  
Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Contribuição Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,18508108	5,55
38,00000000	0,31724757	12,05
		0,28
		1,16

TOTAL DA FATURA

ÍTEM	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	ÍTEM	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (KWH)
NC2019	CHT	20/08/2019	12 200,0	08/08/2019	12 200,0	9	1,000		11,20
NC2019	CHT	20/08/2019	12 182,0	20/08/2019	12 200,0	40	1,000		97,20

PERCENTUAL DE CUSTEIO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	COMPOSIÇÃO DO CUSTEIO	ÍTEM	VALOR	PERCENTUAL
ARRETRADO	ICMS			Geração de Energia	90	6,70	16,34%
ARRETRADO	PIS			Transmissão	90	0,80	5,40%
ARRETRADO	COPIS	17,00	0,41	Distribuição (Cálculo)	90	0,50	25,20%
ARRETRADO		17,00	0,76	Perda de Energia	90	1,87	10,40%
ARRETRADO				Geração Substância	90	0,50	2,20%
ARRETRADO				Tributação	90	0,17	0,80%
ARRETRADO				Total	90	11,20	100%

Consumo Abaixo de 30 kWh  
Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh

CECIS 9FC6 BRCO 840E 5604 F482 5FF7 DC6B

Informações importantes:  
Pagamento devido até o dia 08/07/2019. O não pagamento desta fatura acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter em seu arquivo a cópia desta fatura e o comprovante de pagamento. O cliente deve manter em seu arquivo a cópia desta fatura e o comprovante de pagamento. O cliente deve manter em seu arquivo a cópia desta fatura e o comprovante de pagamento.

ÍTEM	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	ÍTEM	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (KWH)
NC2019	CHT	20/08/2019	12 200,0	08/08/2019	12 200,0	9	1,000		11,20
NC2019	CHT	20/08/2019	12 182,0	20/08/2019	12 200,0	40	1,000		97,20

Unidade CECIS: 16,00 0,50 - Valor de Recarga de Energia de Distribuição - R\$ 0,07

DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
21/08/2019	08/07/2019	19,02

838000000000 190200110022 577585014100 144074101933

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 SET. 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife - PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
 COMPANHIA CELPE DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50065-902  
 CNPJ 16.836.520/0001-08 | Insc. Est. 0008943-02 | www.celpe.com.br

# DADOS DO CLIENTE

IVANETE MARIA G. MEIS

CPF 070 019 14-4-9 NIS 1628242346  
 CLASSIFICAÇÃO

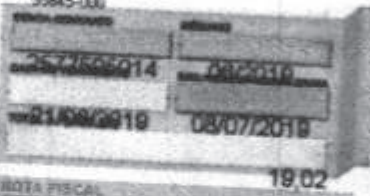
B1 RESIDENCIAL  
 BARRA RENDA COM NO

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

# ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES PE  
 55845-000



Consumo Abaixo de 30 kWh  
 Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh  
 Acrescimo Bandeira AMARELA  
 Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,18508108	5,55
38,00000000	0,31724757	12,05
		0,28
		1,16

# TOTAL DA FATURA

ÍTEM	TIPO DA FURÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	ÍTEM	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (kWh)
NC2019	CHT	20/08/2019	12 200,0	08/08/2019	12 200,0	9	1,000		11,20
NC2019	CHT	20/08/2019	12 182,0	20/08/2019	12 200,0	40	1,000		97,20

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

CECIS 9FC6 BRCO 8402 5604 F482 5FF7 DC68

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 20 SET. 2019  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
 Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 23 AGO 2019  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Recife - PE



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02  
NOME: IVANETE MARIA G. MEIS  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CPF 070.019.144-9 NIS 190200110022 577595014100 144074101933  
CNPJ 16.836.520/0001-08 | Insc. Est. 0008943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVANETE MARIA G. MEIS

CPF 070.019.144-9 NIS 190200110022  
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BARRA RENDA COM NO

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES PE  
55845-000

2577595014  
08/07/2019  
08/07/2019  
19,02

Consumo Abaixo de 30 kWh  
Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Contribuição Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,18508108	5,55
38,00000000	0,31724757	12,05
		0,28
		1,16

TOTAL DA FATURA

ÍTEM	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	ÍTEM	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (KWH)
NC 2019	CHT	28/08/2019	12.200,00	08/08/2019	12.200,00	9	1,0000		11,20
NC 2019	CHT	28/08/2019	12.182,00	28/08/2019	12.200,00	40	1,0000		97,20

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

COMPOSIÇÃO DA FATURA	VALOR (R\$)	%
Consumo Abaixo de 30 kWh	5,55	29,18%
Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh	12,05	62,82%
Acréscimo Bandeira AMARELA	0,28	1,47%
Contribuição Pública Municipal	1,16	6,13%

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	%
Geração de Energia	5,55	29,18%
Transmissão	0,28	1,47%
Distribuição (Custos)	0,28	1,47%
Perdas de Energia	0,28	1,47%
Geração Substituída	0,28	1,47%
Tributos	0,17	0,89%
Total	19,02	100%

CECIS 9FC6 BRCO 840E 5604 F482 5FF7 DC6B

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 SET. 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife - PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



## NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO  
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO  
CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08  
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

## DADOS DO CLIENTE

SEVIRINA DAMIANA DE FARIAS  
CPF: 036.866.044-34

## DATA DE VENCIMENTO

29/08/2019

## TOTAL A PAGAR (R\$)

26,44

## DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

22/08/2019

## DATA DA APRESENTAÇÃO

22/08/2019

## NÚMERO DA NOTA FISCAL

074527942

CONTA CONTRATO  
002659845019

Nº DO CLIENTE  
2900623364

Nº DA INSTALAÇÃO  
0000477860

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOSE EMILIANO 1 A

CENTRO/BUENOS AIRES  
55845-000 BUENOS AIRES PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010),  
tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à  
disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no  
site www.celpe.com.br

## CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL - OUTROS SERVIÇOS E OUTRAS ATIVIDADES  
Monofásico

## RESERVADO AO FISCO

AC87.025F.10C9.16BF.7C64.BBDB.E8A8.B32

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
20 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Craças - Recife / PE - CEP: 52011-040

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,77545172	23,26
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,16
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,24
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,48
ICMS Subvenção-CDE-NF 066893289-21/06/19			0,30
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>26,44</b>

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
24,66	25,00	6,16	24,66	0,74	0,18	24,66	3,42	0,84

## Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,54933006

## HISTÓRICO DO CONSUMO

	kWh
AGO 19	30
JUL 19	30
JUN 19	46
MAI 19	54
ABR 19	80
MAR 19	50
FEV 19	64
JAN 19	60
DEZ 18	50
NOV 18	65
OUT 18	54
SET 18	31
AGO 18	44

Faturado pelo mínimo da fase  
- Custo de Disponibilidade,  
Artigo 98, Resolução ANEEL  
414/2010.

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
MD7300	CAT	23/07/2019	9.811,00	22/08/2019	9.831,00	30	1.000,00	0,00	20,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 25/09/2019

## DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	METAS MENSAL	METAS TRIMESTRAL	METAS ANUAL
Jun/2019					
DIC-Id. de horas sem Energia	NAZARE DA MATA	0,00	10,87	21,74	43,49
FIC-Id. de vezes sem Energia		0,00	7,57	15,34	30,69
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,38	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICR: 16,00
EUSD-Valor do Encargo de Uso					R\$ 8,30

Tudo Consumidor pode solicitar a apuração das subestações DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você loja da chifrey: rua jose emiliano 12 centro / neuza cavalcante de albuquerque: rua antonio francisco de lira nº02 - centroLista completa em www.celpe.com.br.  
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.  
Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.  
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.  
Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.  
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

## NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO
002659845019	08/2019	26,44	29/08/2019

## TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar, perfurar ou rasurar.  
Este canhoto será usado em leitora ótica.

## AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838500000008 264400110023 659845019102 141403611230







Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02  
 COMPANHIA CELPE DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50065-902  
 CNPJ 16.836.520/0001-08 | Insc. Est. 0008943-02 | www.celpe.com.br

# DADOS DO CLIENTE

IVANETE MARIA G. MEIS

CPF 070 019 14-4-9 NIS 1628242346  
 CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
 BARRA RENDA COM NO

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

# ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES PE  
 55845-000

DATA	VALOR
21/08/2019	19,02

Consumo Abv até 30 kWh  
 Consumo Abv superior a 30 até 100 kWh  
 Consumo Abv superior a 100 kWh  
 Consumo Abv superior a 100 kWh  
 Consumo Abv superior a 100 kWh

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,18508108	5,55
38,00000000	0,31724757	12,05
		0,28
		1,16

# TOTAL DA FATURA

DATA	VALOR
21/08/2019	19,02

DATA	VALOR
21/08/2019	19,02

CECIS 8FC6 BRCO 842E 5654 F482 5FF7 DC6B

DATA	VALOR
21/08/2019	19,02

DATA	VALOR
21/08/2019	19,02

DATA	VALOR
21/08/2019	19,02

DATA	VALOR
21/08/2019	19,02

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 20 SET. 2019  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
 Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 23 AGO 2019  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Recife - PE



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
 COMPANHIA CELPE DE ENERGIA ELÉTRICA  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50065-902  
 CNPJ 16.836.520/0001-08 | Insc. Est. 0008943-02 | www.celpe.com.br

# DADOS DO CLIENTE

IVANETE MARIA G. MEIS

CPF 070 019 14-4-9 NIS 1628242346  
 CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
 BARRA RENDA COM NO

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

# ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES PE  
 55845-000

2577585014 08/07/2019  
 21/08/2019 08/07/2019  
 19,02

Consumo Abaixo de 30 kWh  
 Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh  
 Acrescimo Bandeira AMARELA  
 Contrib. Irm. Publica Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,18508108	5,55
38,00000000	0,31724757	12,05
		0,28
		1,16

# TOTAL DA FATURA

IPSS	TIPO DA FURÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	IPSS	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (KWH)
NC2019	CHT	20/08/2019	12 200,0	08/08/2019	12 200,0	9	1,000		11,20
NC2019	CHT	20/08/2019	12 182,0	20/08/2019	12 200,0	40	1,000		97,20

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

CECIS 9FC6 BRCO 840E 5604 F482 5FF7 DC6B

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02

PERÍODO	DATA	VALOR
01/08/2019	01/08/2019	19,02



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 20 SET. 2019  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
 Graças - Recife / PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 23 AGO 2019  
 Gente Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Recife - PE





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 24/04/02  
NÚMERO DE CONTADOR: 55845-000  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CPF 16.836.520/0001-00 | Insc. Est. 0008943-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVANETE MARIA G. MEIS

CPF 070.019.14-4 - INSC 1628242346  
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BARRA RENDA COM NO

PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO	PERÍODO DE FISCALIZAÇÃO
01/01/2019	01/01/2019	01/01/2019
01/01/2019	01/01/2019	01/01/2019
01/01/2019	01/01/2019	01/01/2019

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES PE  
55845-000

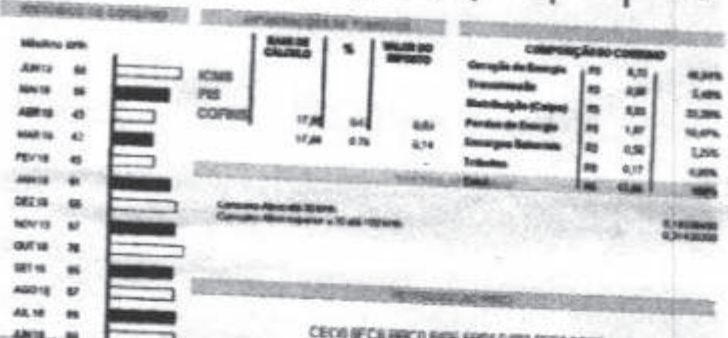
2577585014  
08/07/2019  
21/08/2019  
08/07/2019  
19.02

Consumo Abaixo de 30 kWh  
Consumo Abaixo Superior a 30 até 100 kWh  
Acrescimo Bandeira AMARELA  
Contrib. Ilum. Pública Municipal

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,00000000	0,18508108	5,55
38,00000000	0,31724757	12,05
		0,28
		1,16

TOTAL DA FATURA

ÍTEM	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	ÍTEM	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (KWH)
NC2019	CHT	20/08/2019	12.200,00	20/08/2019	12.200,00	9	1,0000		11,20
NC2019	CHT	20/08/2019	12.182,00	20/08/2019	12.200,00	40	1,0000		97,20



CECIS 9FC6 BRC0 B40E 5604 F482 5FF7 DC6B

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOSSES POSSUÍMOS CONTRA SINISTRO

ÍTEM	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	ÍTEM	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (KWH)
NC2019	CHT	20/08/2019	12.200,00	20/08/2019	12.200,00	9	1,0000		11,20
NC2019	CHT	20/08/2019	12.182,00	20/08/2019	12.200,00	40	1,0000		97,20

ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOSSES POSSUÍMOS CONTRA SINISTRO

ÍTEM	TIPO DA FATURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	ÍTEM	CONSUMO	ANEXO	CONSUMO (KWH)
NC2019	CHT	20/08/2019	12.200,00	20/08/2019	12.200,00	9	1,0000		11,20
NC2019	CHT	20/08/2019	12.182,00	20/08/2019	12.200,00	40	1,0000		97,20

CECIS 9FC6 BRC0 B40E 5604 F482 5FF7 DC6B

838000000000 190200110022 577585014100 144074101933

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
20 SET. 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5  
Recife - PE - CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de S. Cavalcanti inscrito (a) no CPF 086.005.684 - 80  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Denise Paula Gomes inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 070.019.581 - 09, do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima  
Baldemiro Antonio da Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 345.572.304 - 68, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Jose Emiliano</u>		Número <u>4A</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Buenos Aires</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9-9216-2319</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 9-9149-1433</u>

Buenos Aires 06 de Novembro de 2019  
Local e Data

Rafaela Maria de S. Cavalcanti  
Assinatura do Declarante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 749.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 145.211.524-90  
7 - Profissão: NÃO TEM 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 16 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0864 CONTA: 00031041 3 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (al nascituro)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI CPF: 061.962.634-80 Assinatura da testemunha 39 - 2º | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2018.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) da cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-88 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS 6 - CPF: 120.002.224-63  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - TEL.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POLIPARÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 0002149 3 AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 20/11/2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro(a) menor? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória: 36 - CPF legível de quem assina a rogatória: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória: 38 - Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI CPF: 061.952.634-00 39 - Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2018.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: **745.572.704-69** 4 - Nome completo da vítima: **VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR 9/USEP Nº 443/2012

5 - Nome completo: **KELLIANY VITORIA GOMES DOS SANTOS** 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: **RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO** 9 - Número: **05** 10 - Complemento: 11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **BUENOS AIRES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55845-000** 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: **IVANETE MARIA GOMES** 18 - CPF do Representante Legal: **070.019.584-00** 19 - Profissão do Representante Legal: **AGRICULTORA**

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

20 - RENDA ANUAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:   CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA:   1 CONTA:   6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e duração das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **28/11/2017**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **FILHO (A)** 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **10** Falecidos: **00** 30 - Vítima deixou nascido(a) ou nascido(a)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **00** Falecidos: **00** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem à provaram esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 3º Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI** CPF: **061.862.634-80**

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: **DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO** CPF: **067.418.374-01**

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019.**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (ÚLTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 495/2012

5 - Nome completo: PEDRO HENRIQUE GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: IVANETE MARIA GOMES 18 - CPF do Representante Legal: 070.019.584-09 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUIR INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 13695 6 (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinale uma das opções:

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO(A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogatória: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI 35 - CPF legível de quem assina a rogatória: 087.418.374-01

36 - CPF legível de quem assina a rogatória: 087.418.374-01 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

38 - Assinatura de testemunha: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO 39 - Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO 40 - Local e Data: BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura da Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: BRUNO VALDEMIRO GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento: 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE. 14 - CEP: 55845-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: IVANETE MARIA GOMES 18 - CPF do Representante Legal: 070.019.584-09 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas abertas. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (304) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 13895 6

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções): ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas do Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, 5º, declarando que esta autorização não significa prejuízo para a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017 25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou irmão(s)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1º Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI CPF: 061.962.634-80 Assinatura da testemunha 39 - 2º Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019.

41 - Assinatura de vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escreva o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: BRENO VALDEMIRO DOS SANTOS 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: IVANETE MARIA GOMES 18 - CPF do Representante Legal: 070.019.584-19 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 13695 6

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017 25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/o pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/o pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a roga/o pedido

38 - 1ª Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI CPF: 061.862.634-80

Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 007.418.374-01

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE., 08 DE AGOSTO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARIA EDUARDA GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 145.211.524-90  
7 - Profissão: NÃO TEM 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$1.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$2.500,00  
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341) Nome do BANCO:   
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 00031041 3 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de contestação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (a) (a) nascido? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI

CPF: 061.962.634-80

*Esdras Jonatas Bezerra Cavalcanti*  
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

CPF: 087.418.374-01

*Davi Bezerra Cavalcanti Filho*  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019.

*Maria Eduarda Gomes dos Santos*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

BAIXO AUTORIZADO

TESTEMUNHAS



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAIMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: EDUARDO VALDEMIRO DOS SANTOS 6 - CPF: 120.002.224-63  
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE. 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 0054 CONTA: 00027149 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (al nascituro)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Assinatura da vítima/beneficiário: 35 - Nome legível de quem assina a rogatória: 36 - CPF legível de quem assina a rogatória: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogatória: 38 - 1ª Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI CPF: 061.962.634-80 Assinatura da testemunha: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha: 40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019. 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

745.572.704-68

4 - Nome completo da vítima:

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

KELLIANY VITORIA GOMES DOS SANTOS

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO

9 - Número:

05

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BUENOS AIRES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55845-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

IVANETE MARIA GOMES

18 - CPF do Representante Legal:

070.019.584-09

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ AGÊNCIA DE APOSENTADORIA

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1672

1

CONTA:

13695

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorize a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

28/11/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO (A)

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

10

Falecidos:

00

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

00

Falecidos:

00

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI

CPF: 061.962.634-80

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

CPF: 087.418.374-01

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE., 08 DE AGOSTO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-68 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: PEDRO HENRIQUE GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 05 10 - Complemento: 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: IVANETE MARIA GOMES 18 - CPF do Representante Legal: 070.019.584-09 19 - Profissão do Representante Legal: AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) ☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1672 1 CONTA: 13695 6 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento de invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no reconhecimento de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia reconhecimento de uma futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017 25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A) 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (em razão)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI 35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 061.962.634-80 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 087.418.374-01 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO 38 - Assinatura da testemunha: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

745.572.704-68

4 - Nome completo da vítima:

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

BRUNO VALDEMIRO GOMES DOS SANTOS

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO

9 - Número:

05

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BUENOS AIRES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55845-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

IVANETE MARIA GOMES

18 - CPF do Representante Legal:

070.019.584-09

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1672

1

CONTA: 13695

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de condenação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

28/11/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO (A)

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI

CPF: 061.962.634-80

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

CPF: 087.418.374-01

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE., 08 DE AGOSTO DE 2019.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

745.572.704-68

4 - Nome completo da vítima:

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 443/2012

5 - Nome completo:

BRENO VALDEMIRO DOS SANTOS

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO

9 - Número:

05

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BUENOS AIRES

13 - Estado:

PE.

14 - CEP:

55845-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

IVANETE MARIA GOMES

18 - CPF do Representante Legal:

070.019.584-08

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTORA

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1672

1

CONTA:

13695

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias para fins do Seguro DPVAT, mas não emite o laudo necessário para a indenização; ou

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base no documento apresentado, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder, para fins de comprovação e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que não contestarei a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

28/11/2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO (A)

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI

CPF: 061.962.634-80

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

CPF: 087.418.374-01

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE., 08 DE AGOSTO DE 2019.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: **745.572.704-68** 4 - Nome completo da vítima: **VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo: **EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS** 6 - CPF: **131.330.954-04**  
7 - Profissão: \_\_\_\_\_ 8 - Endereço: **RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO** 9 - Número: **05** 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: **ZONA RUARL** 12 - Cidade: **BUENOS AIRES** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55845-000**  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): **81-9-9216-2319**

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

17 - Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_  
18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: **1783** CONTA: **26080** **0**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: **28-11-2017**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: **FILHO** 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **10** Falecidos: **0** 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
Impressão  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **BUENOS AIRES; 27 DE NOVEMBRO DE 2019**

*Edinaldo Valdemiro dos Santos*  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



1783 CARPINA

07-05

26.080-0

EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS

CPF/CNPJ 131.330.954-04

DISPONIVEL

= Total Disponivel .....

129,60-

+ Conta Facil(Cta Corrente + Poupanca)

129,60-

Total de Recursos .....

129,60-

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

745.572.704-62

4 - Nome completo da vítima:

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

6 - CPF:

099.550.834-84

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO

9 - Número:

05

10 - Complemento:

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

BUENOS AIRES

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55845-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD)

81-9-9216-2319

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2335

3

CONTA: 27546

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda à região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende à região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

28-11-2017

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 0

30 - Vítima deixou nascituro(s) vivo(s)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES: 27 DE NOVEMBRO DE 2019

*Valde miro antonio dos Santos*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 745.572.704-62 4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2017

5 - Nome completo: VALDEMIR GOMES DOS SANTOS 6 - CPF: 099.550.834-84  
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO 9 - Número: 10 - Complemento: 05  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: BUENOS AIRES 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55845-000  
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81-9-9216-2319

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2335 3 CONTA: 27546 8  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28-11-2017  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascidos? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vivos vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)  
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)  
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

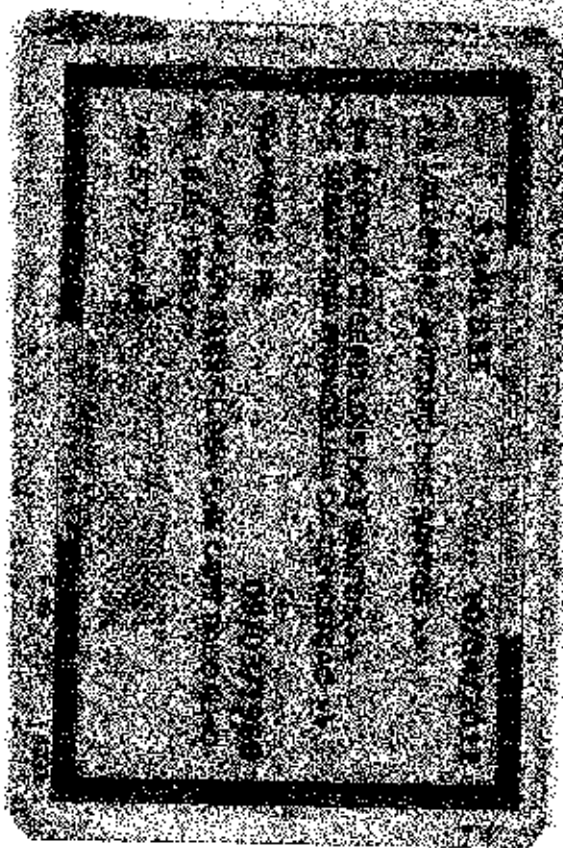
38 - 1ª | Nome: CPF:  
Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF:  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BUENOS AIRES; 27 DE NOVEMBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
745.572.704-68

Nome  
VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS

Nascimento  
09/03/1968

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
23 AGO 2019  
Gestão Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE