

Ministério da Fazenda
Procurador Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPT

Máximo:

165.711.524-90

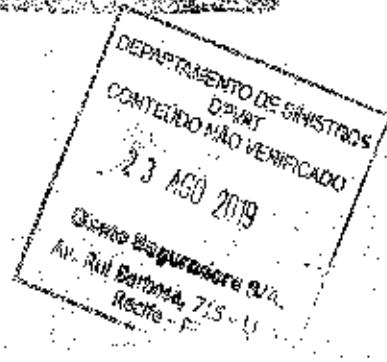
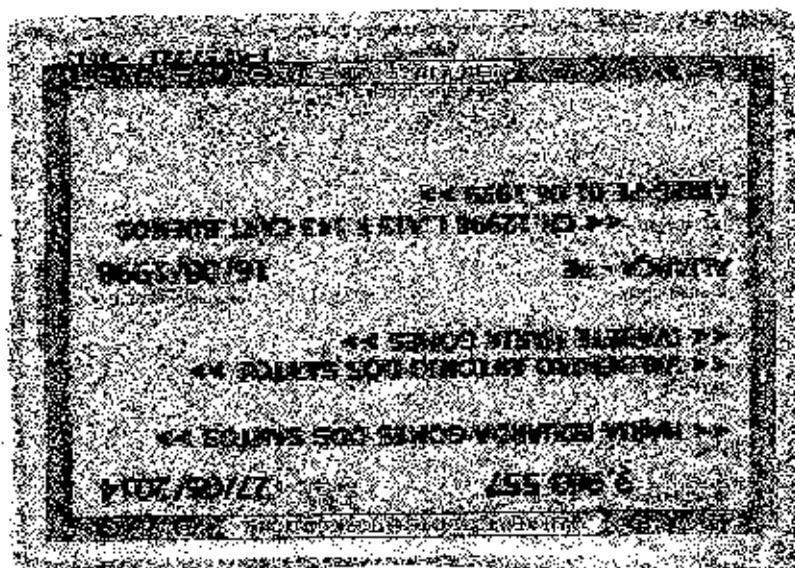
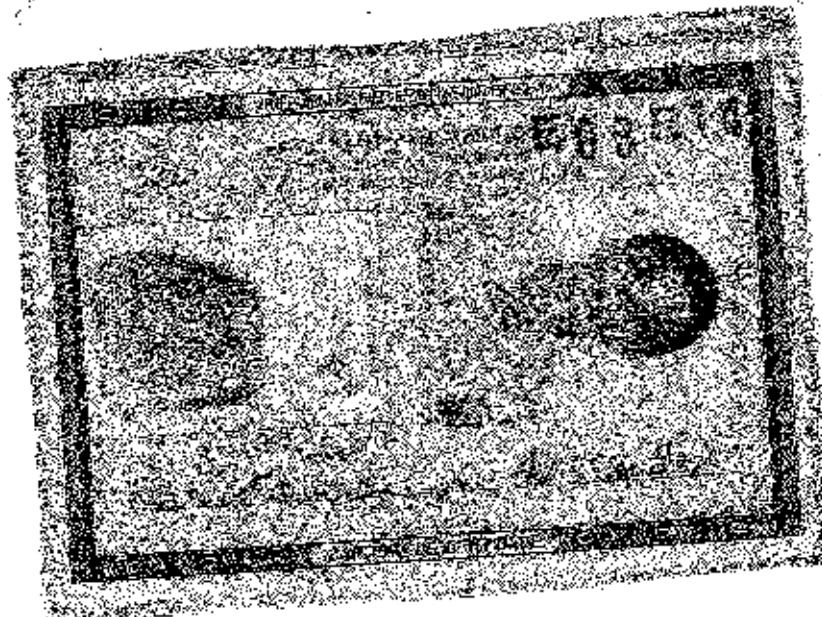
Nome:

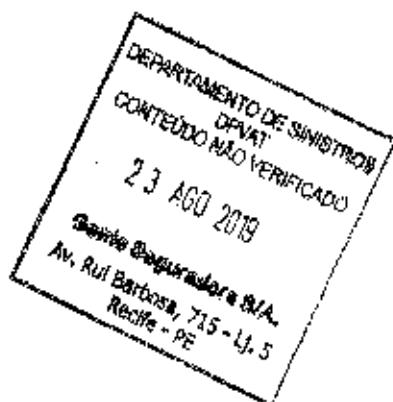
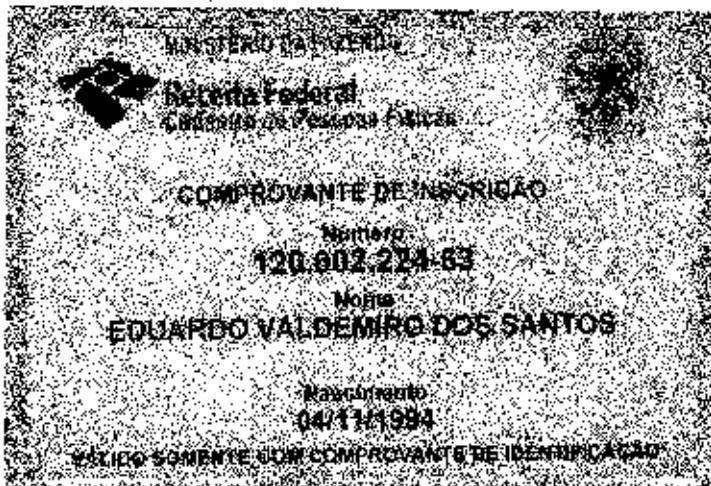
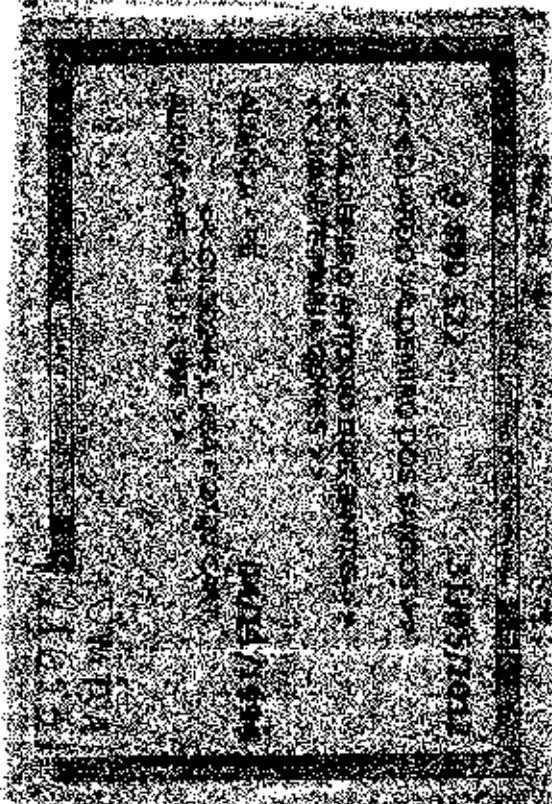
MARIA ELIANA GOMES DOS SANTOS

Assinatura:









Registro Civil das Pessoas Naturais
COMARCA DE BUENOS AIRES - MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES
ESTADO DE PERNAMBUCO
cartoriounicobuenosaires@gmail.com.br
ALBERTO CARLOS VASCONCELOS, Tabelião Escrivão e Oficial do Registro Civil do
Cartório de Buenos Aires - PE, em virtude da Lei, etc.

NASCIMENTO N°. 15.493

Em 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 nascimento de KELLIANY VITÓRIA GOMES DOS SANTOS,
Nascida no dia 14M do mês de JUNHO de ano de NOIS MIL E NOVENTA E SETE (1909), às 20
horas, no sexo FEMININO na APAM, VITÓRIA DE SANTO ANGELO-PE,
Filha de VALDEMIRIO ANTÔNIO DOS SANTOS, natural de Palmares-PE,
dona IVANETE MARIA GOMES, natural de ALDRÉS-PE... agricultor, solteira,
Avós paternos ANTÔNIO CICERO LINS DOS SANTOS
dona SEBASTIANA FRANCILINA DA CONCEIÇÃO
Avós maternos SEVERINO FRANCISCO JOSE,
dona RITA MARIA DA CONCEIÇÃO
Faz declarar que O GÊMITO
Severiano de testemunhas Apresentou o D.N.V. nº 30-50479594-8.

OBSEVAÇÃO: Cópia do original

O referido é verdade, dou fé

Buenos Aires-PE, 14 de Julho de 2009

Alberto Carlos Vasconcelos
Tabelião



CNPJ 08.825.823/0001-12

CARTÃO ÚNICO

Praça Presidente Vargas, 30 Petrolina

República Federativa do Brasil

ESTADO DE PERNAMBUCO

Registro Civil das Pessoas Naturais

COMARCA DE NAZARÉ DA MATA — MUNICÍPIO DE BURNOS 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 Henrique Góes dos Santos,
nascido em vinte (15) de dezembro (12) de mil e novecentos
cinco (2005),

às 10 horas e 0 minutos

na Unidade Mata, desta cidade.

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

e de Dona Ivoneide Maria Góes, agricultora,
natural de Alagoas.

São avós paternos Antônio Cícero Lima dos Santos

e Dona Sebastiana Francisca da Conceição.

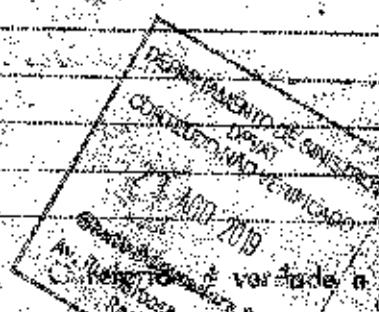
e avós maternos Severino Francisco Leão

e Dona Rita Maria da Conceição.

Foi datado em O GENTILOR

e serviram de testemunhos apresentou D.P.V. n.º 27783904.

Observações: Fuso de: 00:00



DE 2005

Assinatura
CARTÃO ÚNICO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
MUNICÍPIO DE SERRAS ALTO

DISTRITO DE SERRAS ALTO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O cartório Civil e Municipal, estabelecido na data de 10/08/2015,
Nº 14.271, certifica que no livro nº 4-11, folha 100, do assentamento, da nascença, feito juntamente com o
nº 14.271, do mês de agosto de 2015, do ano de 2015,
o registro de ZÉLIO VITÓRIO GOMES DE SANTOS,
do sexo masculino,
nascido no dia vinte e sete de agosto de 2015, na serra (24°11'11")
às 10 horas na Unidade Básica de Saúde de Serra.

filho de Valderrino Alves de Souza, seu tutor e quem
faz a guarda, natural de Serra.

São avós paternos Alecio Vitorino e Adelina
e São avós maternos Valdir e Adriana.

Intelectual: Normal
Físico: Normal

O referido é verdade e o ouvi.

Observações: Nenhuma

ÓFICIAL DO REGISTRO CIVIL
ALBERTO CARLOS



CARTEIRO DO REGISTRO CIVIL DE NOTAS DE BUENOS AIRES PE
Av. Isaac T. Rondon 16 - Centro - 65000-000
Vila São Luiz Edifício Alves - P.E.
Fone/Fax: (98) 3239-0000/3239-7117
Celular: (98) 99933-1111
E-mail: carreiro@bol.com.br / (98) 999328-1133

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME: BRENO VALDEMIRO DOS SANTOS

MATRÍCULA:

0767940155 2012 1 00017 059 0016085 70

DATA DE NASCIMENTO POR EXTRATO:

Trinta de abril de dois mil e doze

DATA MES ANO

30 04 2012

HORA:

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO:

20,20 horas

Nazaré da Mata PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO:

Buenos Aires PE

Hospital Firmino Coutinho

SEXO:

masculino

FINANÇA:

BRENO VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS, natural de Palmares-PE,
e da IVANETE MARIA GOMES, natural de Palmares-PE.

PAIS:

Fatiemos ANTÔNIO CICERO LINS DOS SANTOS e SEBASTIANA FRANCELINA DA CONCEIÇÃO.

Maurolos SEVERINO FRANCISCO JOSE e RITA MARIA DA CONCEIÇÃO.

SEUJO: NOME E MATRÍCULA DO(S) GENÉTICO(S)

NAO

DATA DO REGISTRO POR EXTRATO:

quinze de maio de dois mil e doze

NUMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO

39-60877670-8

COPIAS: 1 (uma)

Certidão reproduzida do termo original.

NOME DO OFICIAL DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS E NOTAS:

OFICIAL REGISTRADOR: ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES PE, e-mail: alberto.vasconcelos@hotmail.com

Endereço: Rua Irapó da Ave Maria, n° 15 - Vila São Luiz, CEP: 65.640-000

Vasconcelos

(Eu declaro que a certidão é verdadeira e feita no dia e local acima mencionados.)

Assinatura do Oficial

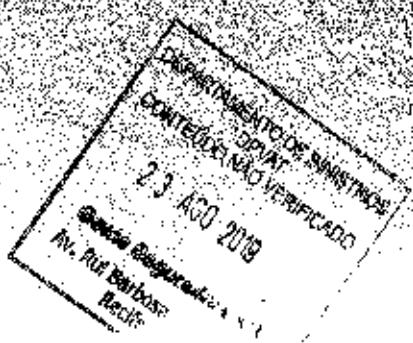
ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

10
11
12
13
14

SPARE

RECEIVED
ITEM

W



BRASIL

([HTTPS://GOV.BR](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

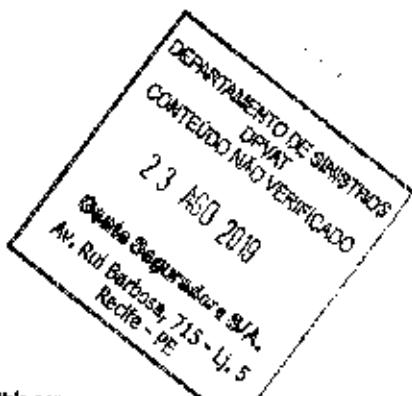
Nome: IVANETE MARIA GOMES

Data de Nascimento: 27/01/1973

Situação Cadastral: REGULAR

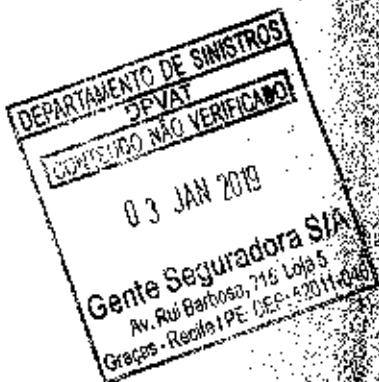
Data da Inscrição: 15/09/2004

Dígito Verificador: 00





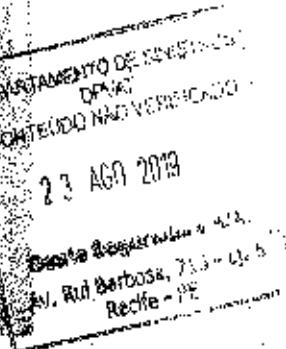
84 100 203

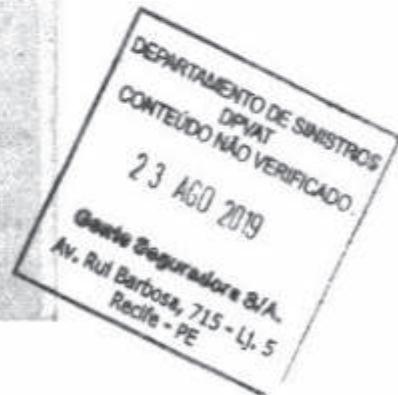
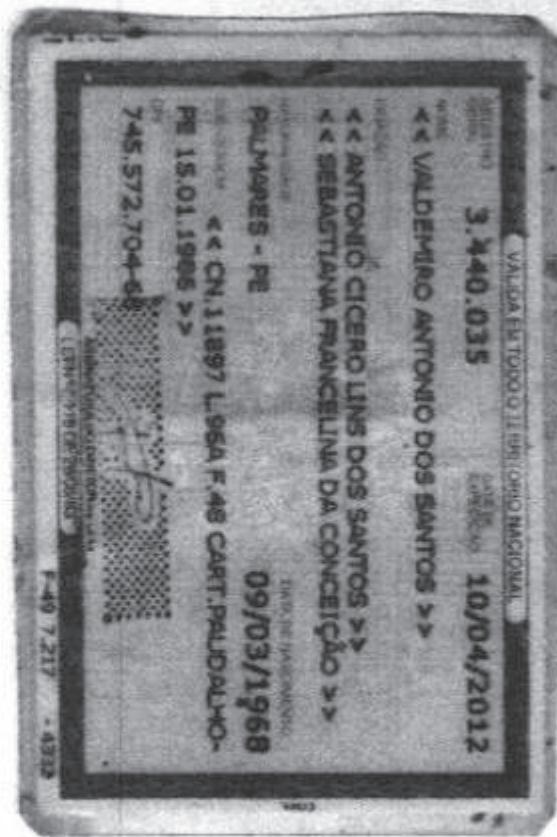


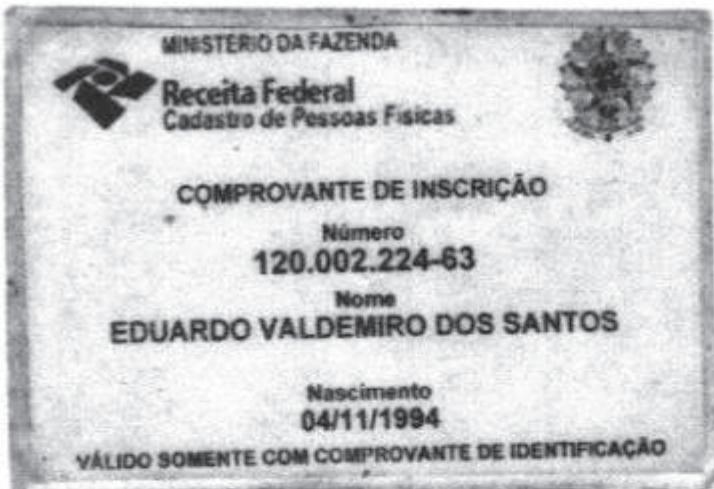
700 038 10/01/2014

AV. RUI BARBOSA, 718 GRACIOSA - RECIFE - PE
EMPRESA CEPC OF/GILMEIRA SANTANA >>

RECIFALIA - PE 24/12/1986
44 074040155 2011 2 00015 037
050-004-1247-00718-PE
086-005-00400







CARTÓRIO ÚNICO

Pça. Antônio Garcia Pernamb., 5/N

Centro

CEP 56845-000

Buenos Aires - PE

Registro Civil das Pessoas Naturais

COMARCA DE BUENOS AIRES - MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES

ESTADO DE PERNAMBUCO

cartoriounicobairesalberto@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 N°.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.

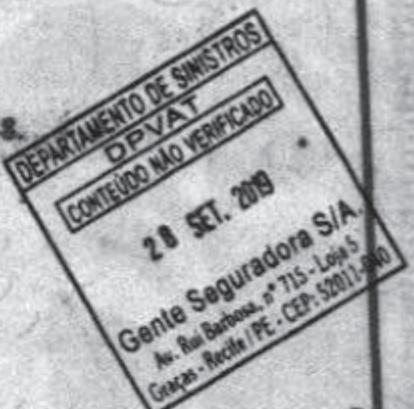
CERTIFICO que, às folhas: 34, livro: A-16, de registro de nascimento foi feito no dia 14 de JULHO de 2009, o assento de KELLIANY VITÓRIA GOMES DOS SANTOS.

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.,
dona: IVANETE MARIA GOMES, natural de Aliança-PE., agricultores, solteiros,
Avós paternos: ANTONIO CICERO LINS DOS SANTOS,
dona: SEBASTIANA FRANCELINA DA CONCEIÇÃO.
Avós maternos: SEVERINO FRANCISCO JOSÉ,
dona: RITA MARIA DA CONCEIÇÃO.

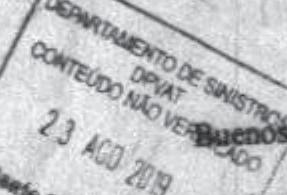
Foi declarante: O GENITOR.

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



OBSERVAÇÃO: Cópia do original.

O referido é verdade, dou fé.



Alberto Carlos Vasconcelos
Titular



VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALquer ALTERAÇÃO OU EXCERPAÇÃO IRÁLICIA ESTE DOCUMENTO.

Estado de Pernambuco

CNPJ 08.825.523/0001-
CARTÃO UNICO
Pra. 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, Tabalhão, 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 o aos dez dezoito (18) de dezembro (12) de dois mil e
cinco (2005)-, às 10 horas e 50 minutos.
na. Unidade Mista, desta cidade.

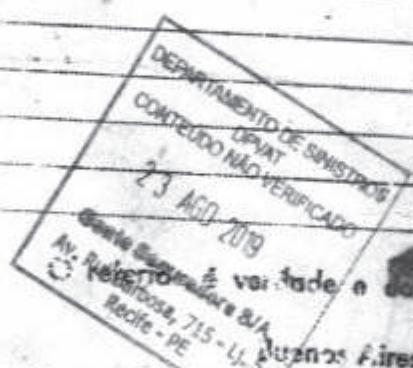
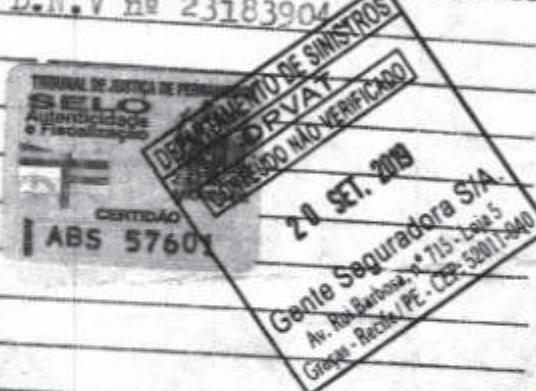
filho de Valdemiro Antonio dos Santos, agricultor,
natural de Palmares-PE-,
e de Dona Ivanete Maria Gomes, agricultora,
natural de Aliança-PE-.

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 serviram de testemunhas: apresentou D.N.V nº 23183904

Observações: Não há. M.G.S



23 AGO 2010
Gente Seguradora S/A
Av. Presidente Costa e Silva, 715 - Lote 5
Buenos Aires, 13º Distrito
Recife - PE

Marcelo da Cunha e Costa
OFICIAL substituta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL E TABELIÃO
CGC 068.255.231/0001-83

Alberto Carlos Vasconcelos

Civil

Praça Antônio Góes - Aratujo 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, folio 146v, no dia onze (11) do mês de novembro (11) do ano de 2003.

o registro de BRUNO VALDENTRO 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 Antônio dos Santos, agricultor
Gomes, do lar, natural de Aliança-PE.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.

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

São avós paternos Antônio Cícero Lins dos Santos
e Sebastiana Francelina da Conceição.

avós maternos Severino Francisco José,

e Rita Maria da Conceição.

forneclarante: ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

testemunhas: Ausentes

O referido é verdade e dou fé.

Observações: Não há.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2013

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO
SELO
Autenticidade
e Fiscalização



CERTIDÃO

ABF 44485

Buenos Aires-PE 11 de novembro de 19/2003

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DE TABELIÃO
CGC 068.255.231/0001-83

Alberto Carlos Vasconcelos
Tabelião de Notas

Praça Antônio Góes - Aratuá Pereira
Centro - Buenos Aires - PE

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES

DISTRITO DO TERMO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS
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, folio 100
no dia onze (11) do mês de novembro (11) do ano de 2003.
o registro de BRUNO VALDENTRO 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 Antônio dos Santos, agricultor
Gomes, do lar, natural de Aliança-PE.

São avós paternos Antônio Cícero Lins dos Santos
e Sebastiana Francelina da Conceição.
avós maternos Severino Francisco José
e Rita Maria da Conceição.

Declarante: ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

Testemunhas: Ausentes

O referido é verdade e dou fé.

Observações: Não há.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 SET. 2019

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

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO
SELO
Autenticidade
e Fiscalização



CERTIDÃO
ABF 44485

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2013

Buenos Aires-PE 11 de novembro de 19/2003

OFICIAL DO REGISTRO CIVIL
ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL E TABELIÃO
CGC 068.255.231/0001-83

Alberto Carlos Vasconcelos

Civil

Praça Antônio Góes - Aratujo 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, folio 146v, no dia onze (11) do mês de novembro (11) do ano de 2003.

o registro de BRUNO VALDENTRO 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 Antônio dos Santos, agricultor
Gomes, do lar, natural de Aliança-PE.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.

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

São avós paternos Antônio Cícero Lins dos Santos
e Sebastiana Francelina da Conceição.

avós maternos Severino Francisco José,

e Rita Maria da Conceição.

forneclarante: ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

testemunhas: Ausentes

O referido é verdade e dou fé.

Observações: Não há.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2013

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DE PERNAMBUCO
SELO
Autenticidade
e Fiscalização



CERTIDÃO

ABF 44485

Buenos Aires-PE 11 de novembro de 19/2003

ALBERTO CARLOS VASCONCELOS

UMBA
4839

TRABALHADOR •

Este é o seu Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo
Decreto Presidencial nº 54.962, de 25.10.1912, e posteriormente regulamentada
pelo Decreto-lei nº 147, de 01.05.1944, que aprova o CTI.
Elas são documentos obrigatórios para o exercício de qualquer
emprego ou atividade profissional.

Nela devem ser registrados todos os dados
para o seu trabalho: elementos básicos
e lícita do trabalho: bom, como para a
obrigação de apresentar à autoridade competente
poderes necessários, garantindo ainda sua habili-
dade ao seguro desemprego e ao fundo de
Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conteúdo desse documento contém, neste
momento, o resultado da prova de qualificação
especializada e conduta e qualificação das atividades
profissionais da sua profissão.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e
cuidá-la, pois, além de comprovar sua vida
profissional e a garantia da prestação de soldado
de seus direitos, como trabalho, salário, férias,
contribui para assegurar o seu direito ao fundo de seu
desemprego, tempo validado, e, assim, como
o direito ao seguro desemprego e ao fundo de
garantia do tempo de serviço.

VISITE O PORTAL DA PREVIDÊNCIA SOCIAL:

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

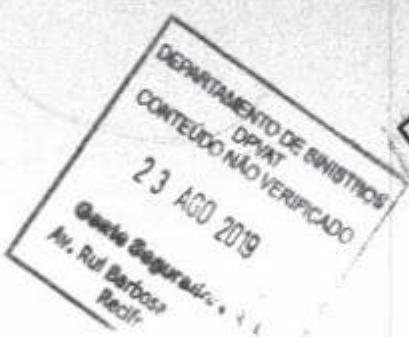
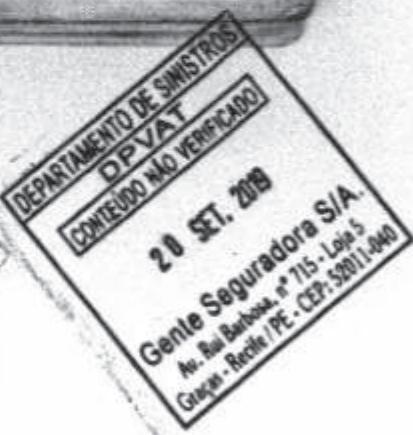
CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

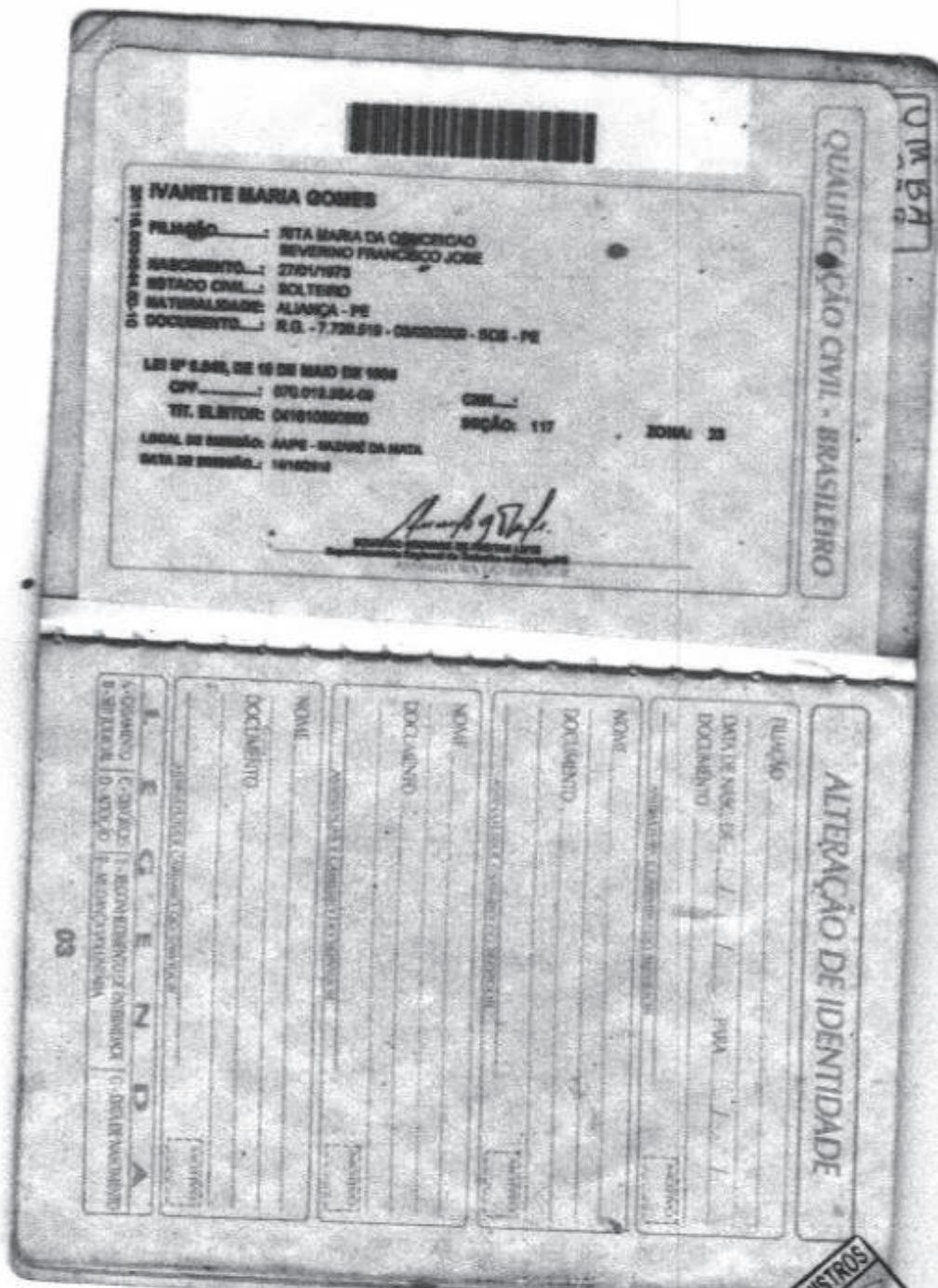
162.82422.34-6

5834544

0050

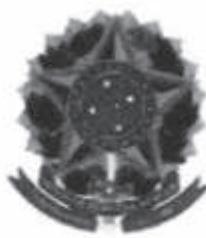
PE





BRASIL

([HTTPS://GOV.BR](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

Dígito Verificador: 00



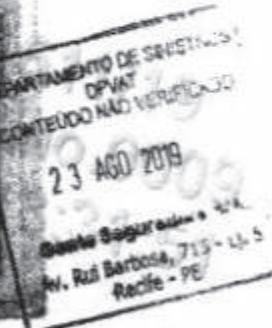
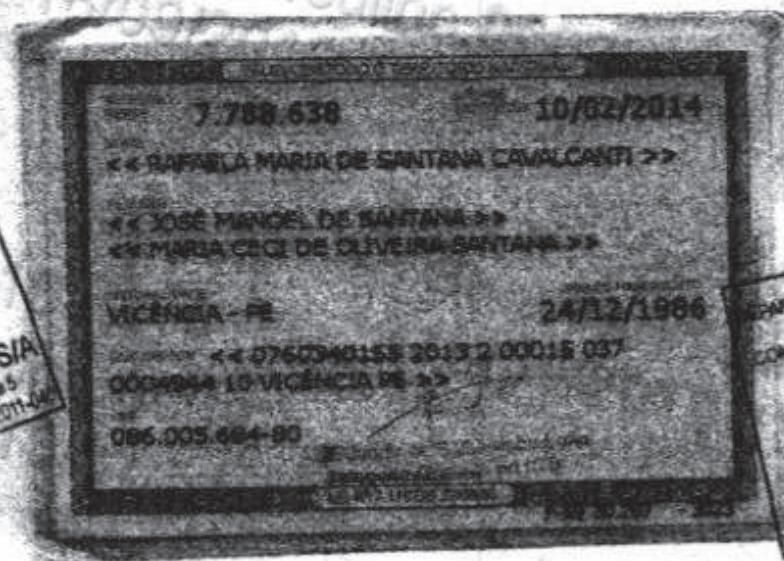
ASL-0291611/19
isabellly.ursulino.0009
18/09/2019 13:31:51



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



04 JUL. 2019



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Edinaldo Valdemiro dos Santos

Loc. Nasc. Itam. Be' Est. PI Data 12.08.96

Filiação Valdemiro Antônio dos Santos

Iziane Maria Gomes

Doc. Nº CR: 22.395, lino. 52-A, fl. 31 vº, Part. Itambe

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº

Exp. em / / Estado

Obs.:

Data Emissão 01.10.12 SRTE Ag. daquele da Mata - PI

Assinatura do Funcionário

Maf. 73.891

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE

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

Nome.....

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 adequadamente. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

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 reflita 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.

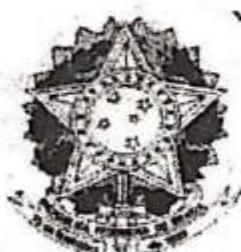
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

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

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

Conheça o manejo 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 D'ENIRO
ASSINATURA DO PORTADOR

DOS SANTOS.

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

REPU^{BLICA FEDERATIVA DO BRASIL}

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

10.781.398 09/03/2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO

10.781.398
 << VALDEMIR GOMES DOS SANTOS >>
 << VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS >>
 << IVANETE MARIA GOMES >>

DATA DE NASCIMENTO
 BUENOS AIRES - PE
 29/09/1999

<< 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

41805297040175004 2477787

F-80. 12. 375 - 2021

01

- Valdemir Gomes dos Santos -

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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.BC13.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 SÓMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPU^{BLICA FEDERATIVA DO BRASIL}

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
 BIOMÉTRICA

NAME DO ELEITOR

VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO

29/09/1999

Nº INSCRIÇÃO

0945 8100 0025

D.V.

023

ZONA

023

SEÇÃO

0115

MUNICÍPIO / UF

BUENOS AIRES/PE

DATA DE EMISSÃO

23/02/2016

JUZGADO ELEITORAL

VALIDO SÓMENTE COM CARCA STAMP. FESTRAF/PE

REPU^{BLICA FEDERATIVA DO BRASIL}

POLEGAR DIREITO

Valdemir Gomes dos Santos

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR



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 N° 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
 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: 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 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, discordo 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:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

FILHO

28 - Vítima Sim Não29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Vivos: 10 Falecidos: 0

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

 Sim Não31 - Vítima Sim Não32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

324-732830704-9

20/NOV/2019 HORA DF 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 ATÉ 30 MINUTOS

324-732830704-9

1ª VIA

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

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 9 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
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 NOME DE PESSOA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

20 SET. 2019

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: 0054

CONTA: 00031041

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

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.

Gente Seguradora S/A.
Av. Rio Branco, nº 715 - Loja's
Graças - Recife / PE - CEP: 50111-040

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 Lider para verificação da existência e quantificação das feridas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prever compromisso 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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <input type="text"/> 28/11/2017				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <input type="checkbox"/> FILHO (A)	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <input type="text"/>			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: 10 Falecidos: 00	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="text"/> 10 Falecidos: <input type="text"/> 00	30 - Vítima deixou nascituro (ai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="text"/> 00 Falecidos: <input type="text"/> 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

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

34

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

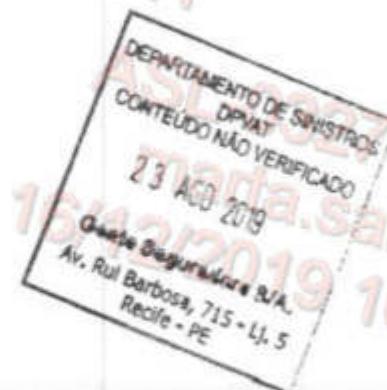
Assinatura da testemunha

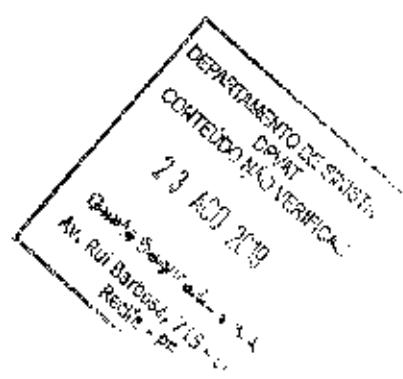
40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019.

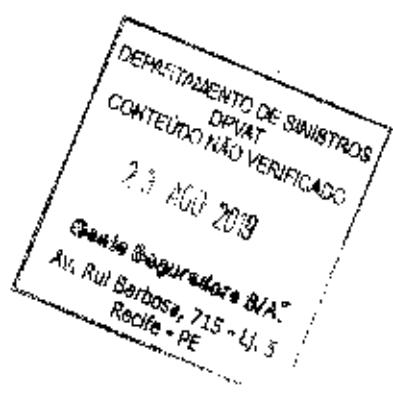
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)









SAMU
192

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



SOLICITAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE USO DE SERVIÇO

EU Inancete 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: Valdomiro Antônio dos Santos
NOME DA MÃE: Sebastiana Francolina da Conceição
DATA DE NASCIMENTO: 09/03/1968

Ass: Inancete maria Gomes DATA: 10/09/19

Josicleide Didiinda de Sousa

PRÓFISSIONAL RESPONSÁVEL

JOSELEIDE DIIDINDA DE SOUSA
REC/ENFERMAGEM
COREM-PE 996206





INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

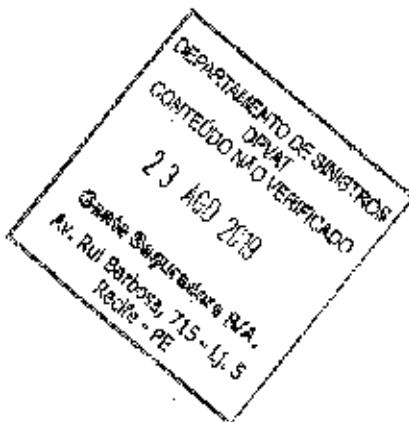
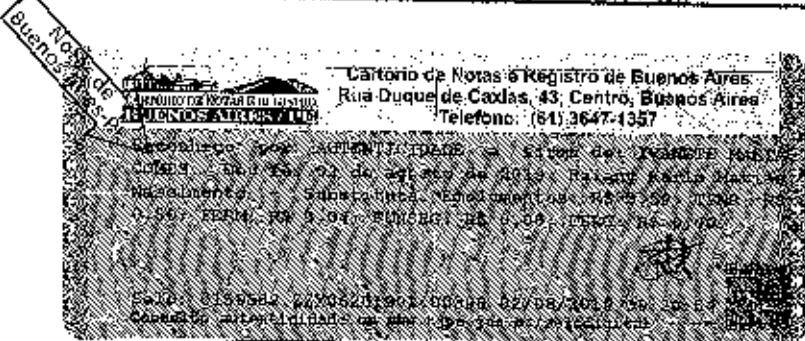
OUTORGANTE: IVANETE MARIA GOMES, brasileira, Portador do documento de identidade 7.726.529, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 070.019.584-09, residente na Rua Acentramento novo mundo, nº 05, zona rural, Buenos Aires/PE.

DUTÓRGADO: 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: José Luiz Marques Gonçalves



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

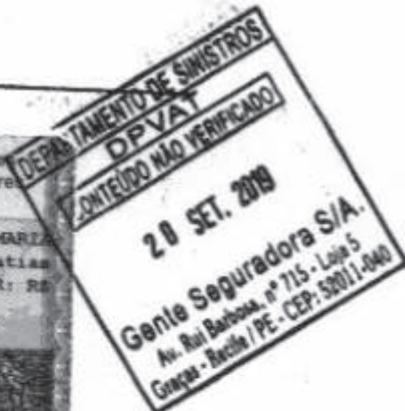
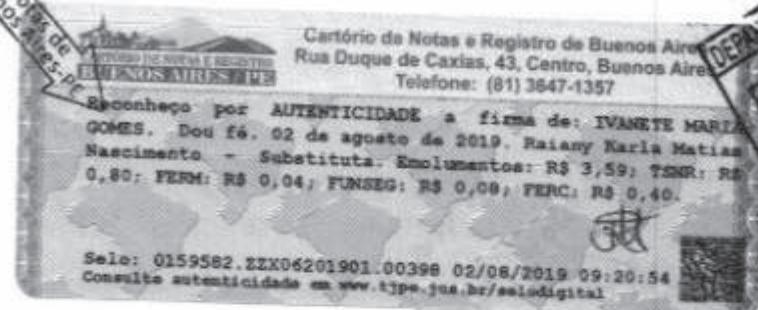
OUTORGANTE: IVANETE MARIA GOMES, brasileira, Portador do documento de identidade 7.726.529, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 070.019.584-09, residente na Rua Acentramento novo mundo, nº 05, zona rural, Buenos Aires/PE.

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/11/2017

Titular do CPF: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/11/2017

Titular do CPF: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelli 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/11/2017

VALDEMIRO ANTONIO
DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/11/2017

Titular do CPF: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

VALDEMIR GOMES DOS SANTOS

Marta Marinho dos Santos

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: 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, contados 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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), 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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), 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: 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, contados 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: 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, contados 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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), 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. 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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: 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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:

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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:

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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:

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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 (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº doório ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
745.572.704-68 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 DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR & CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **0064**

CONTA: **00031041**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a minha 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **23 AGO 2019
LAUDO IML VERIFICADO**

- 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 Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização 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 da morte da vítima: **28/11/2017**

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**

CPF: **061.362.634-80**

Esdras Jonatas Cavalcanti

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO**

CPF: **087.418.374-01**

Davi Bezerra Cavalcanti Filho

Assinatura da testemunha

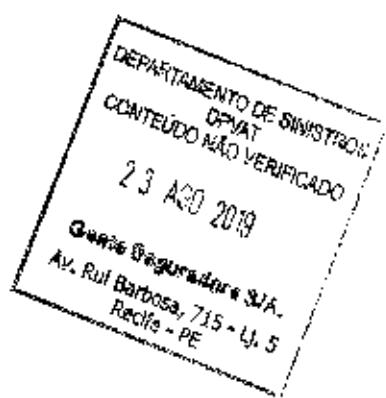
40 - Local e Data: **BUENOS AIRES-PE, 08 DE AGOSTO DE 2019**

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) da cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do atestado ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2002				
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 VITIMA/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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Ausente uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0054	CONTA: 00027149	3	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob a pena de falsa, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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:	<input checked="" type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado (no Civil) <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado Judicialmente <input type="radio"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:	28/11/2017
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: FILHO (A)	
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou maduro(a) herdeiro(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
		32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 38 Nome: ESDRAS JONATAS CAVALCANTI CPF: 061.962.634-80 Assinatura da testemunha
34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 38 Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha
34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 38 Nome: Dono: Alcione Cavalcanti Assinatura da testemunha

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

x Eduardo Valdemiro 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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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 (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:
070.019.584-19

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (287) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

5

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 ABSÉNCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob a pena de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 ao 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data da morte da vítima:	28/11/2017
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: FILHO (A)			
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não testemunha (avô/a)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós/vóvó?

Entendo claramente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, aliada, 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 roga/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a roga/a pedido

37 - Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1º | Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**

CPF: **081.962.634-80**

Caduca fer. Cavalcanti

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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.**

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.
60673710881 AUTO-SERVIMENTO (3.00.25)

EXTRATO ECONÔMICO SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIAS: 1672-1 CONTA: 13.695-6
CLIENTE: IVANETE MARTA JONES

HISTÓRICO	DATA	VALOR
	29/03/2019	
Saldo Anterior		5.120
	10/04/2019	
Tarifa Padrão de Serviços 00435		5.120
Tarifa referente a 10/04/2019		
Saída		0.000
	10/04/2019	
Benefício INSS	081905	998,000
Transferência enviada	005013	990,000
07/04/1672	SAÚDE JOSE FABIO DE	
Tarifa Padrão de Serviços 004351		7,760
Cobr. para tarif. pend. ref a.	10/04/2019	
S A L D O		0,240

OBSEVAÇÕES:

Na Tarifa referente de cobrança Total ex 07/06/2019 R\$ 11,76. Sujeto a cobrança quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agência.

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

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: 4 - Nome completo da vítima:
745.572.704-68 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
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome da BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 Lider 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: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A)	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: 10 Falecidos: 00	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos vivos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou nascituro (ai nascor)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos vivos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

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



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

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**

CPF: **061.962.634-80**

Esdras Jonatas Cavalcanti

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> 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 N° 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 CADASTRAIS

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0054

CONTA: 00027149

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso das despesas 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

Declare, sob as penas de 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.

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 Lider 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? 30 - Vítima deixou na natureza (nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34
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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS 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

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 JONATHAS BEZERRA CAVALCANTI
CPF: 061.962.634-80

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (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 N° 445/2012

5 - Nome completo: KELLIANY VITORIA GOMES DOS SANTOS 6 - CPF:

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):

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

DESENHAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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)

AGÊNCIA: 1672 CONTA: 13695 (Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorize 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 por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende 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, conforme documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider 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.

23 - Declaração de Únicos Beneficiários - Preenchimento Somente para Cobertura de Morte

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

25 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

FILHO (A)

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (além dela)? 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

36 - Assinatura 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)

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

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		0,00C
10/04/2019		
Tarifa Pacote de Servicos 004435		
Tarifa referente a 10/04/2019		
Saldo		0,00C
30/04/2019		
Beneficio INSS 081965		0,00C
Transferencia enviada 005013		999,00
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		

OBSERVACOES:

Ha tarifas pendentes de cobranca. Total em 07/06/2019 R\$ 11,16. Sujeto a cobranca quando ocorrer saldo positivo na conta corrente. Procure sua agencia.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEUDO NAO VERIFICADO

28 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Gracis - 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 - N° 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:
EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS
6 - CPF: 131.330.954-04
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO
9 - Número: 10 - Complemento: 05
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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **BRADESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1783

CONTA: 26080

0
(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso haja desacordo com o 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: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
FILHO

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **10** Falecidos: **0** 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **Falecidos:** Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

FP5.001 V002/2019

INVALIDEZ
PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

LIDER

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: 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: VALDEMIR GOMES DOS SANTOS	6 - CPF: 099.550.834-84		
7 - Profissão: ZONA RURAL	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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR. | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> 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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas 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, discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo
------------------------------	--	--	-------------------------------------	---	--------------------------------

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo
---	---	--

28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 0	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 0	33 - Vítima deixou pais/vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	--	---

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Valdemir Gomes dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

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: 4 - Nome completo da vítima:
745.572.704-62 VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

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

DADOS CADASTRAIS

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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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

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, através 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, 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: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo
FILHO

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nectrório (ainas)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/vôos 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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Valdemir Gomes dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

PARTE DO USO ELETRÔNICO



5067 1230 2301 3456

5067

VALIDO ATÉ
03/24
VALLINE MUR G SANTOS
27.546-8

elc

543802

029-611/19

GOVERNO DE PERNAMBUCO
Secretaria de Defesa Social
POLÍCIA CIVIL

**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - DPM/CIV/SEC/DMT/DESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 17E0334001414

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Colisão (Composto) que ocorreu no dia 28/11/2017 às 22:00

Fato ocorrido no endereço: RUA MARQUES DA SILVA, 1, RESIDENCIAL MIRANTE - 500 - Bairro: CENTRO - Município da Mata/Pernambuco/Brasil.
Local do Fato: MASTRO FOLHOSO

Pessoal(s) envolvidos na ocorrência:

VIVIANE MARIA DOS SANTOS (NOTIFICANTE)
EDUARDO VALDEMIR DOS SANTOS (CITADO)
VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Deido na descrição da ocorrência); que estava em posse da(s) Sra(s) VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS

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

VALDEMIR ANTONIO DOS SANTOS (não presente no plantão) - Nasc: 02/08/1968 - Documento: PRANCERIA DA COMARCA P.R. ANTENIO CRISTINO LIMA DOS SANTOS Data de Nascimento: 04/08/1968 - Documento: PALHARÉS / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 34400000000174227000 (DPI) Cidade Civil: SOUTERNO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço: Rua: MARQUES DA SILVA, 1, Bairro: MIRANTE NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 50000-000 - Bairro: CENTRO - Município: MAREchal MAIOR/BRASIL

VIVIANE MARIA DOS SANTOS (presente ao plantão - Sexo: Feminino/Altura: 1,60m / Cor: PELE CLARA - Documento: PRANCERIA DA COMARCA P.R. ANTENIO CRISTINO LIMA DOS SANTOS Data de Nascimento: 01/01/1988 - Documento: 37310730001 (DPI) Estado Civil: solteiro/a Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MADA Endereço: Rua: MARQUES DA SILVA, 1, Bairro: MIRANTE NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 50000-000 - Bairro: CENTRO - Município: MAREchal MAIOR/BRASIL

EDUARDO VALDEMIR DOS SANTOS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino/Altura: 1,70m / Cor: PELE CLARA - Documento: PRANCERIA DA COMARCA P.R. ANTENIO CRISTINO LIMA DOS SANTOS Data de Nascimento: 04/08/1988 - Documento: 34400000000174227000 (DPI) Cidade Civil: SOUTERNO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço: Rua: MARQUES DA SILVA, 1, Bairro: MIRANTE NOVO MUNDO - ZONA RURAL - CEP: 50000-000 - Bairro: CENTRO - Município: MAREchal MAIOR/BRASIL

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

<http://www.policiacivil.pe.br/boletimdeocorrencia.html>

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAT
CONTABILIDADE VERIFICADO

23 AGO 2019

Estado: Pernambuco - PE
Av. Rio Branco, 16 - Centro
CEP: 50000-000

INTERVIEW

Relatório de Ocorrência

MOTOCICLETA (VÍTIMA) de propriedade de(s) Edvaldo Cláudio Montenegro dos Santos, que sofreu ferimento(s).
Sobr. VALDEIRENTRO ANTONIO DOS SANTOS
Colocar na descrição: MOTOCICLETA/VÔNCERCO 125 Cilindrada aparente: 125
Quantidade: Possibilidade não informada

Placa: PE12531 (PERNAMBUCO/NAZARÉ DA MATA/ Ceará) suspeita 10084488769
Ano Fabricação/Modelo: 2004/2004 Comprador: SEM

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DA MÔTOCICLETA, FELA DA VÍTIMA E NOMEA PILOTEAVA A MOTOCICLETA EM PLACA - PE12531 DE COR VERMELHA, MODELO CB 125/FAZ 03, ANO/MOD: 2011/2012, CENTRO NAZARÉ A INHUMAS/PE, FELA PE-000 RUANDO PERDEU O CONTROLE DA MÔTOCA, E CAIU NA SOBREIRA, DESVENDANDO FERIMENTOS GRAVES, SENDO SOCORRIDO DE IMEDIATO PORE UMA MULHER DA SERRA DE INHUMAS ÁS 01:00 HORAS PARA UNA HOSPITAL (HIS), FATO OCORRIDO NO DIA 20/11/2017 POR VOLTA DAS 20:40 HORAS. DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS VÍTIMA FICOU A CUSTO DO HSA 20/11/2017 AS 21:14 HORAS, CONFORTADA PARA DE REMOÇÃO DE CADÁVER, ASSINADA PELO MÉDICO DRT. HOMERO LUIZ GOMES - CRM: 23988. O CORPO FICOU EM SEU N° 0000.

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

Liviane Maria dos Santos

LIVIANE MARIA DOS SANTOS

(NOTIFICANTE)

B.O. registrado por: EDVALDO CLÁUDIO MONTENEGRO FILHO - Matrícula: 20140003



23/08/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

Gestão Despachadora B/A,
Av. Rio Branco, 715 - CJ. 5
Recife - PE

29/11/2017

548916

Boletim de Ocorrência



* Acidente 26/11/2017
Jide Ato de Jana Tóru

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO - DP/CIRC DM/2/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0334001414

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

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

Fato ocorrido no endereço: ~~BRUNICIO DE MAZARE DA MATA, 1, RENDOMA ESTANQUE - 499 - Bairro: CENTRO - MAZARE DA MATA/PERNAMBUCO/BRAZIL~~
Local do Fato: ~~NAO ESPECIFICADO~~

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

VIRGÍLIA MARIA DOS SANTOS (NOTIFICANTE)
EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS (OUTRO)
VALDEMERO ANTONIO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse de(s) Sr(a): VALDEMERO ANTONIO DOS SANTOS

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

VALDEMERO ANTONIO DOS SANTOS (não presente no plenário) - NIC: 6633603 Sexo: Masculino NIS: 228247884
FRANCILINA DA CONCEIÇÃO Pk: ANTONIO Cícero LIMA DOS SANTOS Data de Nascimento: 09/03/1950
PALEMBANG / PERNAMBUCO / BRAZIL Documento: 34460255004 (PIS) 74552276446 (PPT) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: BRUNICIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVA BRASIL - ZONA RURAL - CEP: 52000-000 -
Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRAZIL.

VIRGÍLIA MARIA DOS SANTOS (presente no plenário) - Sexo: Feminino NIS: 228247884
Pk: VALDEMERO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 14/11/1991 Naturalidade: ALIANCA / PERNAMBUCO / BRAZIL Documento:
8731073/8867PE (PIS) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: BABA.
Endereço Residencial: BRUNICIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVA BRASIL - ZONA RURAL - CEP: 52000-000 -
Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRAZIL.

EDUARDO VALDOMIRO DOS SANTOS (não presente no plenário) - Sexo: Masculino NIS: 228247884
Pk: VALDEMERO ANTONIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 4/11/1984 Naturalidade: ALIANCA / PERNAMBUCO / BRAZIL Estado
Civil: SEPARADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: BRUNICIO DE BUENOS AIRES, 1, ASSENTAMENTO NOVA BRASIL - ZONA RURAL - CEP: 52000-000 -
Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRAZIL.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, n° 715 - Lot. 5
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, n° 715 - Lot. 5
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-000

09/11/2017

Bolota de Ocorrência

MOTOCICLETA (VEÍCULO) da propriedade da(s) Sra(s). EDUARDO VALDEZINHO DOS SANTOS, que possui um passo da(s)

Sra(s). VALDEZINHO ANTONIO DOS SANTOS

Corografia/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 125 Objeto apreendido: N/A

Quantidade: UNIDADE NÃO INFORMADA

Placa: PEP2631 (PERNAMBUCO/NAZARE DA MAD. Chassi: 4H2CBM4287709

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2012 Combustível: GÁS

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DA NOTICIANTE, FILHA DA VITIMA O MESMO FOLHAVA A MOTOCICLETA DE PLACA - PEP-2631 DE COR VERMELHA, MODELO CB 125/FAN IC3, ANO/ANO: 2015/2012, SENTIDO NAZARÉ A BURITI APREND, PELA PE-406 QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MESSA, E CARU NA INDÚSTRIA, SOFRENDO FERIMENTOS GRAVES, SENDO SOCORRIDO PE FIMINATO POR UMA UNIDADE DO SAMU DE BURITI ÁREAS PARA ESSE HOSPITAL. (HR), FATO OCORRIDO NO DIA 26/11/2017 POR VOLTA DAS 20:00 HORAS. DEVENDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS VERSO A QUINTA NO DIA 26/11/2017 ÁS 21:14 HORAS, CONFORME CURA DE REMOÇÃO DE CADÁVER, ASSESSADA PELO MÉDICO DR. MAMINHO LUIZ GOMES - CRM: 23885. O CORPO RECEBEU O NÚMERO DE HR 463946.

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

Viviane Maria dos Santos

VIVIANE MARIA DOS SANTOS

(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: EDVALDO CLAUDIO MONTTENRO FILHO - Matrícula: 3616888



26/11/2017

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 SET. 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5

Grácas - 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

FALTA
SUSSE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4^aCIRC DIM/2^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0334001414

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (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-408QUANDO 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 OCORRIDONO 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 N° 083960.

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

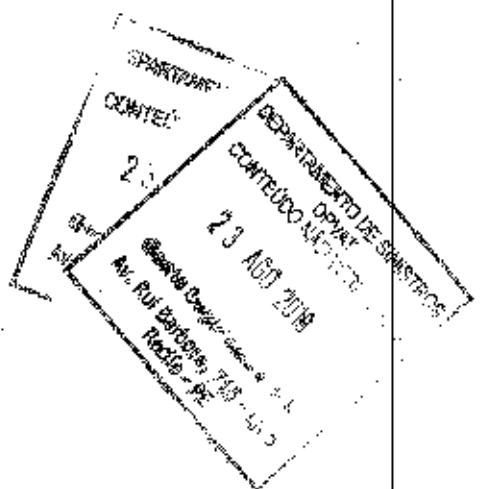
**VIVIANE MARIA DOS SANTOS
(NOTICIANTE)**

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

A la M. Alcida

individualmente.

Favor, considerar.



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 DA FALECIDA: Solteiro, 49 anos
NATURALIDADE: Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: CPF/MF Nº 745.572.704-69, RG 3.440.492- SDS/PE	SEXO: Sim

LÍGUA DE PRESENÇA:
Português ANTONIO CÉRIO LINS DOS SANTOS e de SEBASTIANA FRANCILNA DA CONCEIÇÃO, falecidos
Acidentados novo Mundo, nº 5, Zona Rural, Buenos Aires, Pernambuco

DATA E HORA DA FALECIMENTO:
Vinte e oito de novembro de dois mil e dezesseis, às 09:00 horas

LUGAR DE FALECIMENTO:
Município da Recife, PE

MOTIVO DA MORTE:
envenenamento, veneno letal grave.

DESTITUUTO / ATOMICO: Cemitério São Sebastião, Buenos Aires - PE	DECLARANTE: Viviane Maria dos Santos, cidadã do Rio Grande, RG Nº 1.771.073 SDS-PB, CPF/MF Nº 103.489.444-70, profissão: casa, estado civil: solteira, residente Rua Almir do Rego Barreto, nº 160-Centro, Nazaré da Mata-PE, filha do falecido
---	---

NOME(S) DO DOCUMENTO(S) MIGRADO(S) QUE ATESTOU(A) O ÓBITO:
Antônio Paixão CRM 16437

Obs.: Attestado por: Antônio Paixão CRM 16437
Até registrado no Livro C 244, 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 1948. Estado Civil:
Solteiro. O falecido deixou 10 filhos e não deixa bens. Não constam averbações à margem de termo, ditado por libato. ATC
ISLATUITO.

Morreu em: Graça
Registrou Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Órgão Registrador:
Cleide Amélia Souza Vaz Ferreira

Adv. Marcus Antônio de Azevedo Beltrão Júnior - 1º
substituto
Adv. Bruno de Andrade Beltrão - 2º substituto

Município: RJ
Recife - PE

Endereço:
Av. João de Barros, 1584 Logos 01/02, Esquinheiros, Recife - PE

Série: 0074997 JBS11201701 00768
Consulte autenticidade em www.dje.jus.br/edigital



AAB 223525



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

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

NOME:

VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

MATRÍCULA:

074997 01 55 2017 4 00244 031 0117111 75

SEXO
Masculino

COR
Branca

ESTADO CIVIL E IDADE
Solteiro, 49 anos

NATURALIDADE
Palmares, Pernambuco

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CPF/MF Nº 745.572.704-68, RG 3.440.035
SDS/PE

ELEITOR
Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
Filho de ANTONIO CICERO LINS DOS SANTOS e de SEBASTIANA FRANCELNA DA CONCEIÇÃO. Residência do falecido:
Açoramento Novo Mundo nº 5, Zona Rural, Buenos Aires, Pernambuco

DATA E HORA DE FALECIMENTO
Vinte e oito de novembro de dois mil e dezessete, às

DIA
28

MES
11

ANO
2017

LOCAL DE FALECIMENTO
No Hospital da Restauração, Recife-PE

CAUSA DA Morte
Traumatismo Cranioencefálico grave, .

SEUFTAMENTO / CREMAÇÃO
Cemitério São Sebastião, Buenos Aires-PE

DECLARANTE
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

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO
André Pallot, CRM 16457

OBSEVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Até 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 llanac. ATO
GRATUITO

Nome do Ofício
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Official Registrador

Cleide Amelia Gouveia Vanderlei
Bel. Marcus Antonio de Azevedo Beltrão Junior-1º
substituto
Bel. Bruno de Andrade Beltrão- 2º substituto

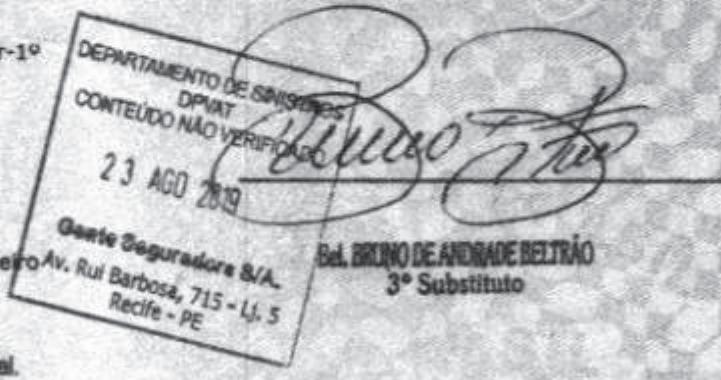
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Recife, 30 de novembro de 2017.

Município/UF
Recife-PE

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

Selo: 0074997.JBS11201701.00706

Consulte autenticidade em www.tjepe.jus.br/selodigital.



Bel. BRUNO DE ANDRADE BELTRÃO
3º Substituto

AAB 223525



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 16.458, de 20/04/02

MOTA FISCAL - **TARIFA** - **CUSTO DE PRODUÇÃO**

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bop Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50080-002
CNPJ 16.226.5000001-08 | Ins. Est. 000043-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVANETE MARIA GH 646'S

CPF: 070 019-14-91858 16282422346
CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NDI

IMPORTE PÁGINA	0,00
IMPORTE PÁGINA	0,00
IMPORTE PÁGINA	0,00

13062019 202200 1004

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALIMENTAMENTO NOVO MUNDO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES/BUENOS AIRES/PE
55845-000

PERÍODO	VALOR
05/06/2019-01/07/2019	0,00
01/07/2019-08/07/2019	0,00

01/06/2019 08/07/2019 19,02

Consumo Ativo até 30 kWh:
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh:
Acessório Bandeira AMARELA
Conteúdo Rum Públia Municipal

QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR UNIT.
30.00000000	0,18568108	5,56
30.00000000	0,31724757	12,05
		0,26
		1,16

TOTAL DA FATURA

TIPO DE MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA INÍCIO LECTURA	DATA ATUAL LECTURA	UF/DE	CONSUMO	ABERTO	CONSUMO DIÁRIO
ICORE	CAT	202200 1004	12/06/2019	202200 1004	12/06/2019	0	1.000
ICORE	CAT	202200 1004	12/06/2019	202200 1004	12/06/2019	0	1.000

Mês/ano	DATA	TIPO DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔTO	COMPAGNA DE CORRIMENTO
JUN/19	06	ICMS	0,01	0,00	Geração de Energia 0,70 40,4%
JUL/19	07	PIS	0,01	0,00	Transmissão 0,50 0,4%
AGO/19	08	COFINS	0,01	0,00	Distribuição (Cespe) 0,30 33,2%
SET/19	09			0,00	Período de Energia 0,17 10,0%
OUT/19	10			0,00	Energética Sistelma 0,00 1,2%
NOV/19	11			0,00	Trânsito 0,07 0,0%
DEZ/19	12			0,00	Total 0,00 0,0%
JAN/20	01			0,00	
FEB/20	02			0,00	
MAR/20	03			0,00	
ABR/20	04			0,00	
MAY/20	05			0,00	
JUN/20	06			0,00	
JUL/20	07			0,00	
AGO/20	08			0,00	
SET/20	09			0,00	
OCT/20	10			0,00	
NOV/20	11			0,00	
DEZ/20	12			0,00	
JAN/21	01			0,00	
FEB/21	02			0,00	
MAR/21	03			0,00	
ABR/21	04			0,00	
MAY/21	05			0,00	
JUN/21	06			0,00	
JUL/21	07			0,00	
AGO/21	08			0,00	
SET/21	09			0,00	
OCT/21	10			0,00	
NOV/21	11			0,00	
DEZ/21	12			0,00	
JAN/22	01			0,00	
FEB/22	02			0,00	
MAR/22	03			0,00	
ABR/22	04			0,00	
MAY/22	05			0,00	
JUN/22	06			0,00	
JUL/22	07			0,00	
AGO/22	08			0,00	
SET/22	09			0,00	
OCT/22	10			0,00	
NOV/22	11			0,00	
DEZ/22	12			0,00	
JAN/23	01			0,00	
FEB/23	02			0,00	
MAR/23	03			0,00	
ABR/23	04			0,00	
MAY/23	05			0,00	
JUN/23	06			0,00	
JUL/23	07			0,00	
AGO/23	08			0,00	
SET/23	09			0,00	
OCT/23	10			0,00	
NOV/23	11			0,00	
DEZ/23	12			0,00	
JAN/24	01			0,00	
FEB/24	02			0,00	
MAR/24	03			0,00	
ABR/24	04			0,00	
MAY/24	05			0,00	
JUN/24	06			0,00	
JUL/24	07			0,00	
AGO/24	08			0,00	
SET/24	09			0,00	
OCT/24	10			0,00	
NOV/24	11			0,00	
DEZ/24	12			0,00	
JAN/25	01			0,00	
FEB/25	02			0,00	
MAR/25	03			0,00	
ABR/25	04			0,00	
MAY/25	05			0,00	
JUN/25	06			0,00	
JUL/25	07			0,00	
AGO/25	08			0,00	
SET/25	09			0,00	
OCT/25	10			0,00	
NOV/25	11			0,00	
DEZ/25	12			0,00	
JAN/26	01			0,00	
FEB/26	02			0,00	
MAR/26	03			0,00	
ABR/26	04			0,00	
MAY/26	05			0,00	
JUN/26	06			0,00	
JUL/26	07			0,00	
AGO/26	08			0,00	
SET/26	09			0,00	
OCT/26	10			0,00	
NOV/26	11			0,00	
DEZ/26	12			0,00	
JAN/27	01			0,00	
FEB/27	02			0,00	
MAR/27	03			0,00	
ABR/27	04			0,00	
MAY/27	05			0,00	
JUN/27	06			0,00	
JUL/27	07			0,00	
AGO/27	08			0,00	
SET/27	09			0,00	
OCT/27	10			0,00	
NOV/27	11			0,00	
DEZ/27	12			0,00	
JAN/28	01			0,00	
FEB/28	02			0,00	
MAR/28	03			0,00	
ABR/28	04			0,00	
MAY/28	05			0,00	
JUN/28	06			0,00	
JUL/28	07			0,00	
AGO/28	08			0,00	
SET/28	09			0,00	
OCT/28	10			0,00	
NOV/28	11			0,00	
DEZ/28	12			0,00	
JAN/29	01			0,00	
FEB/29	02			0,00	
MAR/29	03			0,00	
ABR/29	04			0,00	
MAY/29	05			0,00	
JUN/29	06			0,00	
JUL/29	07			0,00	
AGO/29	08			0,00	
SET/29	09			0,00	
OCT/29	10			0,00	
NOV/29	11			0,00	
DEZ/29	12			0,00	
JAN/30	01			0,00	
FEB/30	02			0,00	
MAR/30	03			0,00	
ABR/30	04			0,00	
MAY/30	05			0,00	
JUN/30	06			0,00	
JUL/30	07			0,00	
AGO/30	08			0,00	
SET/30	09			0,00	
OCT/30	10			0,00	
NOV/30	11			0,00	
DEZ/30	12			0,00	
JAN/31	01			0,00	
FEB/31	02			0,00	
MAR/31	03			0,00	
ABR/31	04			0,00	
MAY/31	05			0,00	
JUN/31	06			0,00	
JUL/31	07			0,00	
AGO/31	08			0,00	
SET/31	09			0,00	
OCT/31	10			0,00	
NOV/31	11			0,00	
DEZ/31	12			0,00	
JAN/32	01			0,00	
FEB/32	02			0,00	
MAR/32	03			0,00	
ABR/32	04			0,00	
MAY/32	05			0,00	
JUN/32	06			0,00	
JUL/32	07			0,00	
AGO/32	08			0,00	
SET/32	09			0,00	
OCT/32	10			0,00	
NOV/32	11			0,00	
DEZ/32	12			0,00	
JAN/33	01			0,00	
FEB/33	02			0,00	
MAR/33	03			0,00	
ABR/33	04			0,00	
MAY/33	05			0,00	
JUN/33	06			0,00	
JUL/33	07			0,00	
AGO/33	08			0,00	
SET/33	09			0,00	
OCT/33	10			0,00	
NOV/33	11			0,00	
DEZ/33	12			0,00	
JAN/34	01			0,00	
FEB/34	02			0,00	
MAR/34	03			0,00	
ABR/34	04			0,00	
MAY/34	05			0,00	
JUN/34	06			0,00	
JUL/34	07			0,00	
AGO/34	08			0,00	
SET/34	09			0,00	
OCT/34	10			0,00	
NOV/34	11			0,00	
DEZ/34	12			0,00	
JAN/35	01			0,00	
FEB/35	02			0,00	
MAR/35	03			0,00	
ABR/35	04			0,00	
MAY/35	05			0,00	
JUN/35	06			0,00	
JUL/35	07			0,00	
AGO/35	08			0,00	
SET/35	09			0,00	
OCT/35	10			0,00	
NOV/35	11			0,00	
DEZ/35	12			0,00	
JAN/36	01			0,00	
FEB/36	02			0,00	
MAR/36	03			0,00	
ABR/36	04			0,00	
MAY/36	05			0,00	
JUN/36	06			0,00	
JUL/36	07			0,00</td	



Turtlepectral die Standard-Bibliothek enthält mehr als 100000

Composite Energética de Pernambuco
Av. Júlio de Sá, 711, Bairro Vila Recife, Pernambuco - CEP 50080-000
CNPJ 15.235.923/0001-05 | Inscrição Estadual 000000000000000000

www.brownbees.com

IVANET MARÍA GARCÍA

CPF 070 018-4-NBS 16262422346
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA.COM.NR

APPROVED BY: DR. JAMES MCGOWAN

ESTACIONAMENTO DA UNIDADE CONSULTECH

PER IL VEDIMENTO NUOVO MILANO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES/H.E.
55845-100

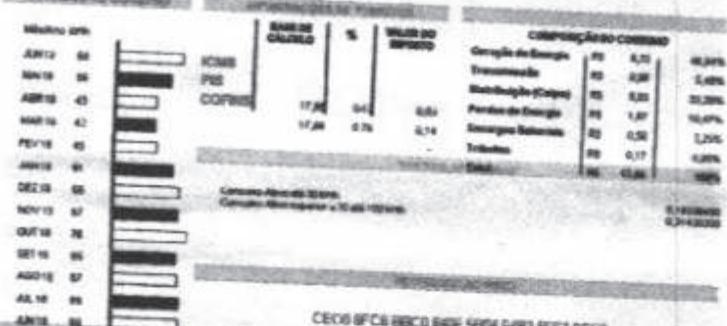
2574506214 08/2010
211882319 08/07/2010

18/02

Consumo Ativo médio 30 kWh;
Consumo Ativo variável a 30 até 100 kWh;
Até 100% Bandeira AMARELA;
Controle Remoto Pública Municipal.

	Price (\$)	Value (\$)
30,000,000	0,18568108	5,58
30,000,000	0,31734757	12,06

Fonte: IBGE/IBA



Paper reportó que el punto de inicio de la explosión tuvo una elevación de 100 metros sobre el nivel del mar. Una explosión similar ocurrió en 1994 en el mismo lugar. Los expertos sospechan que la explosión se debió a la rotura de un tubo de gas natural que llevaba agua a través de la tierra. La explosión causó daños a más de 20 viviendas y dejó a 10 personas heridas. Los expertos también sospechan que la explosión se debió a la rotura de un tubo de gas natural que llevaba agua a través de la tierra. La explosión causó daños a más de 20 viviendas y dejó a 10 personas heridas. Los expertos también sospechan que la explosión se debió a la rotura de un tubo de gas natural que llevaba agua a través de la tierra. La explosión causó daños a más de 20 viviendas y dejó a 10 personas heridas.

<http://www.annualreviews.org> • ISSN: 0065-2546 • Volume 82 • Annual Review of Ecology and Systematics • 2011 • 10.1146/annurev-ecolsys-120210-175000

RELAÇÃO ENTRE CUSTOS DE PRODUÇÃO						Ajuste para	
Variável	Quantidade	Variável	Taxa de	Quantidade	Variável	Ajuste	
100000	10,17	100000	100%	100000	10,17	100000	
100000	10,17	100000	100%	100000	10,17	100000	

Salvo comprovação de vínculo com o território, os cidadãos estrangeiros só têm direitos e deveres limitados ao seu estatuto de estrangeiro. Deverão, contudo, contribuir para a manutenção do funcionamento pacífico e harmonioso das comunidades locais, respeitando as normas de direito público interno. Art. 20, § 2º da Constituição Federal.

	RESUMO	RESUMO	RESUMO	RESUMO	RESUMO	RESUMO	RESUMO	RESUMO
001	NAZAREIA	00000000						
002	NAZA	0,0	10,0	7,0	43,0			
003		1,0	7,0	15,0	30,0	730	202	231
		0,0		0,0	0,0			

DURACIÓN **VALIDA DE VENCIMIENTO** **TERMINAR A TRAVÉS DE**

18.02

838000000009 190200110022 577595014100 144074101933



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTENTO NÃO VERIFICADO

28 SET. 2019

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

29 SET. 2019

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



Turtlepectral die Standard-Bibliothek enthält mehr als 100000

Composite Energética de Pernambuco
Av. Júlio de Sá, 711, Bairro Vila Recife, Pernambuco - CEP 50080-000
CNPJ 15.235.923/0001-05 | Inscrição Estadual 000000000000000000

www.brownbeach.com

IVANETE MARIA R. M. S.

CPF 070 018-4-9 NIS 16262422346
CLASSIFICAÇÃO

© PRESIDENCIAL
BASICA RENDA.COM.NP

DRIVERS
IN THE U.S.

ESTACION DE ALUMINIO CONSUMO

PER IL VEDIMENTO NUOVO MILANO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES/H.E.
55845-100

2574505014 080010
010000019 08/07/2018

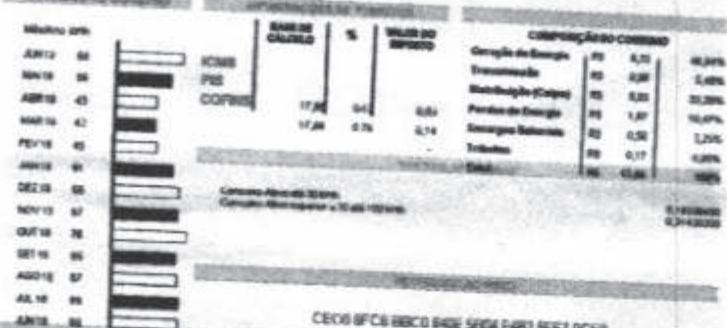
-1802

Consumo Ativo: até 30 kWh
Consumo Ativo médio: a 30 kWh/dia
Até 100% Bandeira AMARELA
Controle: Rum Pátria Município

	PERIOD (a)	VALUATION (b)
30,000,000	0,18508108	5,55
38,000,000	0,31724757	12,05

FOTO: DA PAGINA

Nº DO REGISTRO	TIPO DA FUNÇÃO	CONTRIBUIÇÃO DO CONSUMO DIRETO PARA PREÇO						VALOR	
		ANTERIOR	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE LIGAS	CONSTANTE	ARISTE	CONTRIBUÍDO
AC1000	CFT	32000000	12.204,2	00-02-2009	12.200,0	8	1.200		11,20
AC1000	CFT	32000000	12.162,0	2009-02-09	12.200,0	40	1.200		57,60



Paper reportó que parte de estos desechos trae elementos que se han usado en el desarrollo de las armas de destrucción masiva. Cabe recordar que la ONU estableció un comité de expertos para investigar el uso de armas químicas en Siria. El informe final del comité se presentó el 20 de octubre. Dicho informe determinó que el uso de armas químicas en Siria es "muy probable". Sin embargo, el informe no establece con certeza si el uso de armas químicas en Siria es culpa de los rebeldes o del régimen sirio. Los expertos señalaron que el informe no establece con certeza si el uso de armas químicas en Siria es culpa de los rebeldes o del régimen sirio. Los expertos señalaron que el informe no establece con certeza si el uso de armas químicas en Siria es culpa de los rebeldes o del régimen sirio.

<http://www.pbs.org/wgbh/nova/teach/teach.html>

RENT SALES, 1987-1988 CLOTHING CATEGORIES						Average price per item in dollars, 1987-1988
Year	Gross Sales (\$000)	Net Sales (\$000)	Units Sold (000)	Units Sold (\$000)	Units Sold (\$000)	
1987-8	12,000	10,117	1,000	9,497	9,497	12.00
1988-9	10,000	8,722	800	8,000	8,000	10.90

Salvo comprovação de vínculo com o território, os cidadãos estrangeiros só têm direitos e deveres limitados ao seu estatuto de estrangeiro. Deverão, contudo, contribuir para a manutenção do funcionamento pacífico e harmonioso das comunidades locais, respeitando as normas de direito público interno. Art. 20, § 2º da Constituição Federal.

DATI DI VERSAMENTO **TERZI AL PAGAMENTO**

19/03

838000000009 190200110022 577595014100 144074101933



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 SET. 2019

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

— 14 —

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIAVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019

3 AGO 2019
Geste Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - IJ. 5
Recife - PE

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

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE - PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.832/0001-08
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
Ouvíndia 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

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

DATA DE VENCIMENTO 29/08/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 22/08/2019	CONTA CONTRATO 002659845019
TOTAL A PAGAR (R\$) 26,44	DATA DA APRESENTAÇÃO 22/08/2019	Nº DO CLIENTE 2000623364
	NÚMERO DA NOTA FISCAL 074527942	Nº DA INSTALAÇÃO 0000477860

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
Graciosa - Recife / PE - CEP: 52011-040

DESCRÍÇÃO 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/D6/19			0,30
TOTAL DA FATURA			26,44

Tarifas Aplicadas		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54933006	kWh	
AGO 19		30	
JUL 19		30	
JUN 19		46	
MAI 19		64	
ABR 19		80	
MAR 19		50	
FEV 19		64	
JAN 19		66	
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							
NUMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIA'S	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
MD67300	CAT	23/07/2019 9.811,00	22/08/2019 9.831,00	30	1.80000	0,00	20,00

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

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	NAZARE DA MATA	0,00	10,87	21,74	43,49
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	7,57	15,34	30,68
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	5,38	0,00	0,00
DCRI-Duração de interrupção em dia crítico				Límite DCRI: 16,60	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,95					
Total Consumidor pode solicitar a apuração das indicações DIC, FIC, DMC e DCRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES							
Pague no ponto mais perto de você loja da chifley: rua jose emiliano 12 centro / neuza cavalcante de albuquerque: rua antonio francisco de lira nº02 - centro Lista 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 pedreiros 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	TALÃO DE PAGAMENTO
	002659845019	08/2019	26,44	29/08/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 16.458, de 20/04/02

MOTA FISCAL - **TARIFA** - **CUSTO DE PRODUÇÃO**

Companhia Energética do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50080-002
CNPJ 16.226.5000001-08 | Ins. Est. 000043-02 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IVANETE MARIA GH 646'S

CPF: 070 019-14-91858 16282422346
CLASSIFICAÇÃOB1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NDI

IMPORTE PÁGINA	0,00
IMPORTE PÁGINA	0,00
IMPORTE PÁGINA	0,00

13062019 202200 1000

1000

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ALIMENTAMENTO NOVO MUNDO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES/BUENOS AIRES/PE
55845-000

PERÍODO	VALOR
05/06/2019-01/07/2019	0,00
01/07/2019-08/07/2019	0,00

01/06/2019 08/07/2019 0,00

08/07/2019

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000

1000



Turtlepectral die Standard-Bibliothek enthält mehr als 100000

Composite Energética de Pernambuco
Av. Júlio de Sá, 711, Bairro Vila Recife, Pernambuco - CEP 50080-000
CNPJ 15.235.923/0001-05 | Inscrição Estadual 000000000000000000

www.brownbeach.com

IVANET MARÍA GARCÍA

CPF 070 019-4-9885 16282422346
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA.COM.NR

PROBLEMS **SOLVED** **BY**
PROBLEMS **SOLVED** **BY**

ESTACIONAMENTO DA UNIDADE CONSULTECH

PER IL VEDIMENTO NUOVO MILANO 5

ZONA RURAL BUENOS AIRES/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES/H.E.
55845-100

2574505014 080010
010000019 08/07/2018

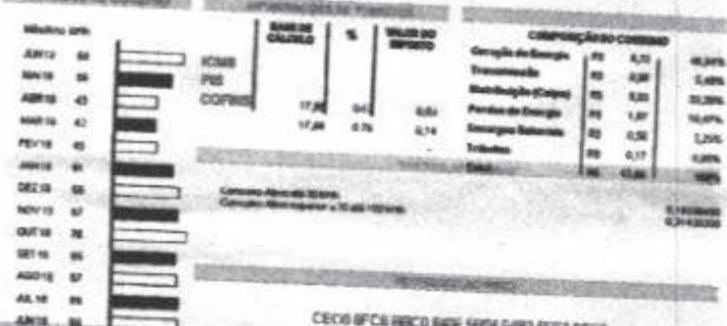
-1802

Consumo Ativo: até 30 kWh;
Consumo Ativo médio: a 30 kWh/dia;
Até 10% Bandeira ALTA/ELA;
Controle: Ativa Pública/Máscara.

PERIOD	PRICE (EUR)	VALORE (EUR)
30.0000000	0,18568108	5,58
38.0000000	0,31734757	12,06

• 第三輯：政治與行政

IP DO REVISOR	TÍPO DA FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	IP DO REVISOR	CONFERÊNCIA	ARQUIVO	DOMÍNIO PING
AC-1000	CAT	2000/06/19	12.269,0	2000/06/19	12.269,0	9	TURBO		
AC-1000	CAT	2000/06/19	12.162,0	2000/06/19	12.269,0	40	TURBO		11,00



CE009 BFCB BISCO SIDE SWIM EASY SEAT RICER

更多資訊請上網查詢：www.ocean.com.tw

Page rédigée par un parti de l'opposition et non déclaré au Bureau des enregistrements de la province. Mais cette information n'a pas été vérifiée. Cependant, nous savons que le 20 octobre, l'Assemblée législative a voté une loi pour établir une commission nationale de l'énergie dans le but d'assurer la sécurité et l'efficacité de l'approvisionnement en électricité à l'avenir. Nous espérons que cette commission sera créée dans les plus brefs délais. Nous demandons à l'Assemblée législative de voter une loi pour établir une commission nationale de l'énergie dans le but d'assurer la sécurité et l'efficacité de l'approvisionnement en électricité à l'avenir. Nous demandons à l'Assemblée législative de voter une loi pour établir une commission nationale de l'énergie dans le but d'assurer la sécurité et l'efficacité de l'approvisionnement en électricité à l'avenir.

<http://www.elsevier.com/locate/jmp>

REVENUE SOURCE BY CHANNEL AND CHANNEL VOLUME					
Category	Channel	Volume	Revenue	Margin	YTD % Change
1000's	Domestic	10,000	\$10,000	10%	+10%
1000's	Imports	10,000	\$10,000	10%	+10%
1000's	Exports	10,000	\$10,000	10%	+10%

Decreto-Lei n.º 100/2014, de 10 de maio, que aprova o Regulamento das Licenças de Arma de Fogo e de Arma de Branca.

RESUMO DE VENDAS					RESUMO DE VENDAS		
PRODUTO	QUANT.	VALOR	QUANT.	VALOR	QUANT.	VALOR	QUANT.
NAZAREIA	4,00	10,00	2,00	4,00	7,00	14,00	2,00
NAZA	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	4,00	2,00
	5,00	12,00	3,00	6,00	9,00	18,00	4,00
UNA/ODR 10,00					UNA/ODR 10,00		

DATA CONTRATO **ADRESSE** **DATA DE VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

18/02

838000000009 190200110022 577595014100 144074101933



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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 SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei 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 Daniel Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.019.584.09, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima Daldemiro Antônio da Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 245.572.304.68, 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 José Emílio</u>	Número	<u>41</u>
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Buenos Aires</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(81)9-9216-2319</u>

Telefone celular (DDD)

(81)9-9149-1433

Rafaela maria de S. Cavalcanti
Local e Data

Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº doório ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
745.572.704-68 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 DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR & CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **0064**

CONTA: **00031041**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a minha 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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **23 AGO 2019
LAUDO IML VERIFICADO**

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 Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de indenização 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 da morte da vítima: **28/11/2017**

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou nascituro (al herdeiro)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos? <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 o rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**

CPF: **061.362.634-80**

Esdras Jonatas Cavalcanti

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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) da cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do atestado ou ASL:	3 - CPF da vítima:	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 N° 445/2002				
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 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Ausente uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: 0054	CONTA: 00027149	3	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	

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

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

Declaro, sob a pena de falsa, 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §3º, 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:	<input checked="" type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado (no Civil) <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Separado Judicialmente <input type="radio"/> Viúvo	24 - Data da óbito da vítima:	28/11/2017
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	FILHO (A)
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou maduro(a) herdeiro(s)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
			32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00
			33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 38 Nome: ESDRAS JONATAS CAVALCANTI CPF: 061.962.634-80 Assinatura da testemunha
34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 38 Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 Assinatura da testemunha
34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 38 Nome: Dono: Alcione Cavalcanti Filho Assinatura da testemunha

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

x Eduardo Valdemiro 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: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASL: **3 - CPF da vítima:** **745.572.704-68** 4 - Nome completo da vítima: **VALDENIRO ANTONIO DOS SANTOS**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 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:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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: **070.019.584-00** 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 MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO 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 POLIPAGÂNCIA (Sorvete para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (247) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0000** CONTA: **0000** AGENCIA: **1672** CONTA: **13685** B
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da Indenização/reembolso do Seguro DPVAT e 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 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 da pedido.

Pelo motivo apontado, 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 Lider 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 discordar 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 da morte da vítima: **28/11/2017**

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

28 - Vítima: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **10** Falecidos: **00** 30 - Vítima deu à luz (na natureza): 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1º | Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**
 CPF: **061.862.634-80**

Esdras Jonatas Bezerrinha
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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.**

Valdeniro Antônio 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - N° do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
745.572.704-68 VALDEMIRO ANTONIO DOS SANTOS

DRAFT CADDY SHEETS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (UTÍLIA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 480/2014

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):	

DECRETO-LEI 1.000/1945 - TUTELA E CURADORIA PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MÍNOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
IVANETE MARIA GOMES

18 - CPF da 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).

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

ARTIGO 1º - MELHORIA DA 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.

- 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 contagem de indemnização direta do contratado, caso discordo do seu conteúdo.

DEclaro que o beneficiário da polícia de vida é o meu nome completo somente para cobertura de morte.

23 - Estado civil da vítima:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	28/11/2017		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: FILHO (A)		
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim teve filhos? <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou nascituro (se houver)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou pais/aus vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Este cliente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a Indemnização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omisso 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	ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI 032062.634-80
36	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO 007.418.374-01
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha: DANI BEZERRA CAVALCANTI FILHO	

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo:

BRUNO VALDEMIRO GOMES DOS SANTOS

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO

9 - Número:

06

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 6 A 18 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:

REUSO 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 abertos. Assinale uma opção):

Bradesco (237)

Itaú (343)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (204)

AGÊNCIA:

(Inserir o dígito se existir)

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 1672

1

CONTA: 13885

6

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 por invalidez permanente, uma vez que assinei a Anotação de Ausência de IML.

- 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 da pedida.

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 não submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa plena 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:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

FILHO (A)

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: 10 Falecidos: 00

30 - Vítima deixou

residuo (velasco):

Sim

Não

31 - Vítima

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: 00

Falecidos: 00

Sim

Não

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, 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

Esdras J. Bezerrinha

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO

CPF: 087.418.374-01

Davi Bezerra Cavalcanti Filho

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: BUENOS AIRES-PE, 18 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 - Escreva o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)		<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> 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 FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012					
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 CADASTRAIS

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:
070.019.584-19

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (287) | <input type="checkbox"/> Itaú (941) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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 ABSÉNCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob a pena de lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 ao 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do falecimento da vítima: 28/11/2017					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: FILHO (A)							
28 - Vítima:	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos:	10	30 - Vítima deixou nascituro (bebê vivo):	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	(00)		<input type="checkbox"/> Não	Irmãos:	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos:	(00)	Vivos:	<input type="checkbox"/> Não

Entendo claramente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, aliada, 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 roga/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a roga/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a roga/a pedido

37 - Assinatura de quem assina a roga/a pedido

38 - 1º | Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**

CPF: **081.962.634-80**

Caduca fer. Cavalcanti

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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.**

x declarante menor de idade 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: 4 - Nome completo da vítima:
745.572.704-68 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
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ 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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome da BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 Lider 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: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A)	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: 10 Falecidos: 00	29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos vivos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou nascituro (ai nascor)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos vivos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

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



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

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**

CPF: **061.962.634-80**

Esdras Jonatas Cavalcanti

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> 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 N° 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 CADASTRAIS

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0054

CONTA: 00027149

3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso das despesas 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

Declare, sob as penas de 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.

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 Lider 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:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	FILHO (A)	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:						
28 - Vítima teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?	10	30 - Vítima deixou na natureza (nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não

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

34	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido <i>Conselho de Segurança Pública do Estado de Pernambuco</i>	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido <i>Garrie Seguradora S.A.</i>	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido <i>Eduardo Valdemiro dos Santos</i>	38 - 1º Nome: ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI CPF: 061.962.634-80 <i>Eduardo Valdemiro dos Santos</i>	39 - 2º Nome: DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO CPF: 087.418.374-01 <i>Davi Bezerra Cavalcanti</i>
					Assinatura da testemunha
					40 - Local e Data, BUENOS AIRES-PE, 08-08-2019. <i>Eduardo Valdemiro dos Santos</i>
					41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) <i>Eduardo Valdemiro dos Santos</i>
					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 N° 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:

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> AFIM DE PESQUISA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 1672
AGÊNCIA: _____	CONTA: 13685
(Informar o dígito se existir)	(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO (A)	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou nascituro (nai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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: 061.952.634-80

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)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:			
<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE			
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	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 CADASTRAIS

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:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

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

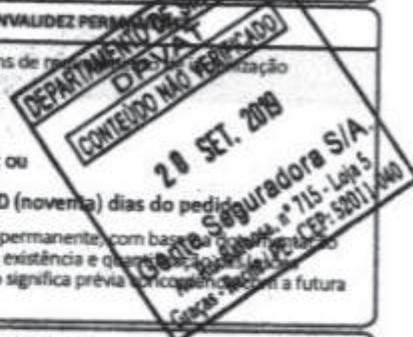
CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

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

AGÊNCIA: **1672** 1 CONTA: **13695** 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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



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

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

- Não há IML que atende 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 em documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de eventuais danos 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:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	FILHO (A)	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo:	
28 - Vítima teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10	30 - Vítima deixou nascituro (velho recém-nascido): <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não	Falecidos: 00	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos: 00	<input checked="" type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verídica 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: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**

CPF: **067.962.634-80**

Esdras Jonatas Cavalcanti

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome: **DAVI BEZERRA CAVALCANTI FILHO**

CPF: **087.418.374-01**

Davi Bezerra Cavalcanti

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: **Gerson Souza Barbosa, 715 Recife - PE**

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

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

Tranito morreco

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 - N° 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: 10 - Complemento: 05

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLISO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 Lider para verificação da existência e gravidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia contratação com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

23 - 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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34

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)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	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: BRENO VALDEMIRO DOS SANTOS			6 - CPF:	
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):				

DADOS CADASTRAIS

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:
070.019.584-00

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 MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **1672** 1 CONTA: **13695** 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atende 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 [informar o número de dias ao pedido]

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de 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 Lider, para aferição da invalidez e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que aceito a hipótese de não apresentar laudo 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:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 28/11/2017			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: FILHO (A)			
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 00	30 - Vítima deixou nascituro (velho/criança): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 00 Falecidos: 00	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 - 1^a | Nome: **ESDRAS JONATAS BEZERRA CAVALCANTI**

CPF: **061.962.634-80**

Edras J. Cavalcanti

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | 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.**

Ivanete Maria Gomes 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 - N° 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:
EDINALDO VALDEMIRO DOS SANTOS
6 - CPF: 131.330.954-04
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA ACENTAMENTO NOVO MUNDO
9 - Número: 10 - Complemento: 05
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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **BRADESCO**

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1783

CONTA: 26080

0
(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Sim Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | 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)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE
NÃO ALFABETIZADO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

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:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima: 745.572.704-62	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: 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 - Tel./DDD: 81-9-9216-2319
16 - E-mail:				

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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. Ativite uma opção)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> 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: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às clínicas automotoras, 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, discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: 28-11-2017				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo			
28 - Vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Sim Nº: 10	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 10 Falecidos: 0	30 - Vítima deixou nascituro/falecidos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Última l实行imãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou filhos/vizinhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Valdemir Gomes dos Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

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:

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:

REUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.000 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

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às curitas 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, discordei 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

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

par/filhos vivos?

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Valdemir Gomes dos Santos

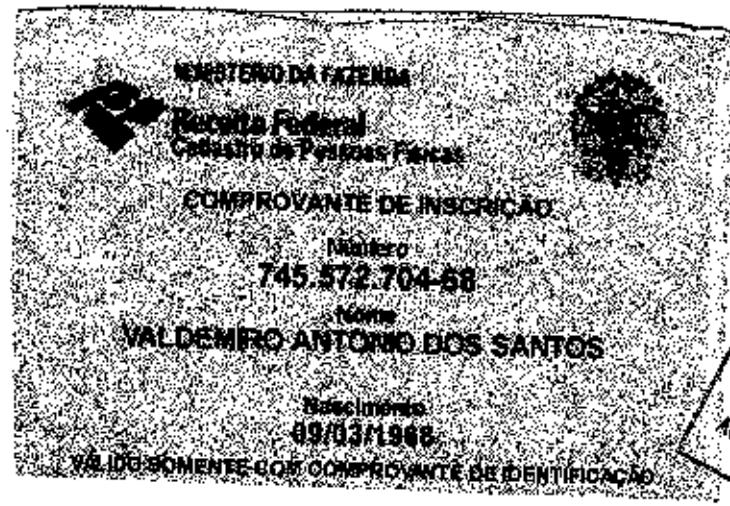
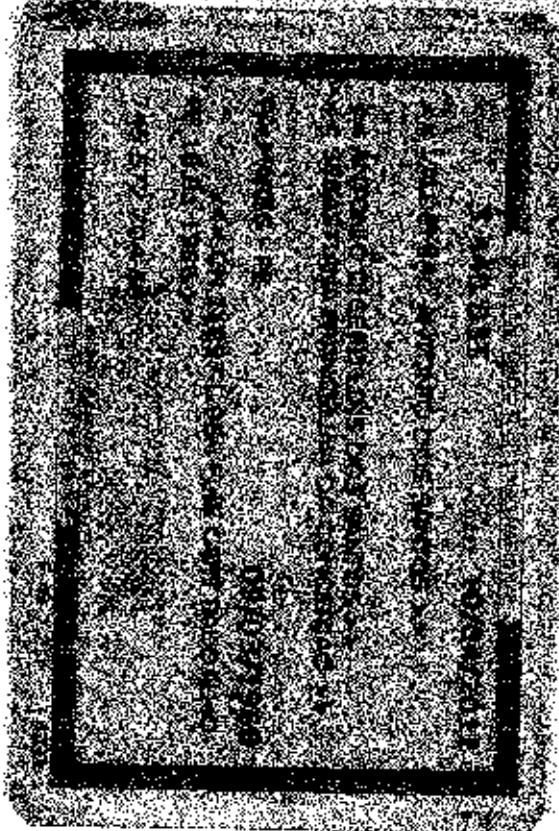
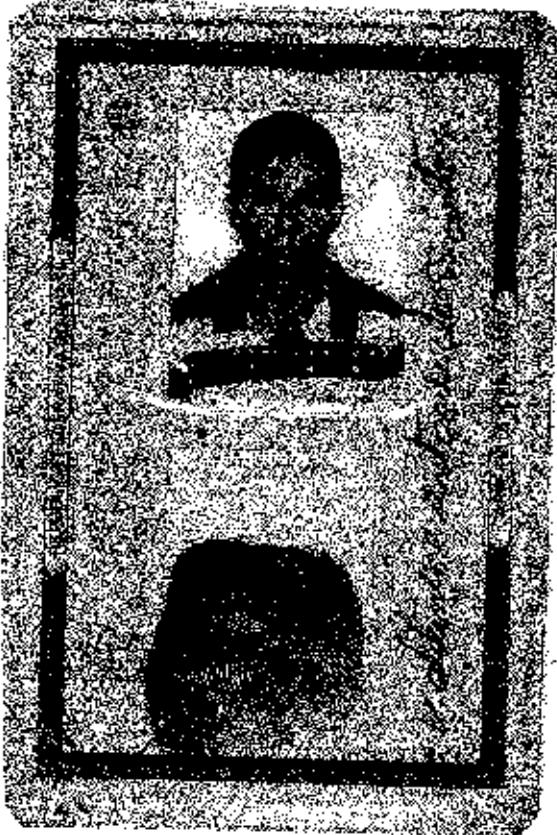
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2019

Gabinete do Superintendente 8/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE