

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 13.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOYCE KELLY DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04813

CONTA: 000000019294-8

Nr. da Autenticação 1376ABBF79379F11



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

JOÃO MIGUEL DOS SANTOS LÚCIO

CPF:

140.480.114-64

MATRÍCULA:

003053 01 55 2016 1 00029 267 0024727 62

CARTÓRIO DO SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DO 1º DISTRITO
Ary Rocha Santos
OFICIAL
Josefa Soares dos Santos
SUBSTITUTA
Rua Manoel Antonio de Jesus, nº 157
Craibás - CEP: 57120-000
Craibás - Alagoas

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) 23 09 2016
Vinte e três de setembro de dois mil e dezesseis.

HORA DE NASCIMENTO 05h00min MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Arapiraca - AL

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Craibás - ESTADO DE ALAGOAS LOCAL DE NASCIMENTO HOSPITAL REGIONAL, RUA SÃO FRANCISCO SEXO Masculino

FILIAÇÃO
JOSÉ CICERO FERREIRA LUCIO, natural de CRAÍBAS - AL e JOYCE KELLY DOS SANTOS, natural de GIRAU DO PONCIANO - AL

AVÓS
DONIZETE CONSTANTINO LUCIO e JOSEFA FERREIRA BARBOSA LUCIO (paternos) e JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO (materno)

GÊMEOS Não NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)
Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO) 30-72092185-8
Vinte e seis de outubro de dois mil e dezesseis.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro A-29, às folhas 267 sob o nº 24727. Data do registro: 26 de outubro de 2016. Data de nascimento do registrado: 23 de setembro de 2016.
OS GENITORES DO REGISTRANDO EXERCEM A PROFISSÃO DE AGRICULTORES:

Nome do ofício
Cartório do Serviço Registral e Notarial do 1º Distrito

Oficial registrador
Ary Rocha Santos

Município/UF
Craibás

Endereço
Rua Manoel Antonio de Jesus, 157

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Craibás, 26 de outubro de 2016.



Supervisor

CARTÓRIO DO SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DO 1º DISTRITO
Ary Rocha Santos
OFICIAL
Josefa Soares dos Santos
SUBSTITUTA

AA 555593

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: Jose Lima Ferreira Lucio

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

5 - Nome completo: João Miguel dos Santos Lucio 6 - CPF: 140.480.114.64
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Povoado São José 9 - Número: 9 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Crato 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57.320.000
15 - E-mail: algomaneque@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 82.99629.0079

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: Joyce Kelly dos Santos
18 - CPF do Representante Legal: 112.848.854.02 19 - Profissão do Representante Legal: Recuso

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4813 ☐ CONTA: 19294 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e 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: 13.09.2017
25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filha 26 - Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 1 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro (nascitur)? ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim

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.



35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Maria Elza da Silva
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 889.500.264-49
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Maria Elza da Silva

38 - 1ª | Nome: Alcino Almeida Ribeiro Marcelous
CPF: 039.939.154-89
Alcino Almeida Ribeiro Marcelous
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Mayron Douglas de Oliveira Silva
CPF: 102.698.424-62
Mayron Douglas de Oliveira Silva
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Arapiraca de 20.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Registro Civil do 2º Distrito de Arapiraca
Certidão de Óbito

NOME:

JOSÉ CICERO FERREIRA LUCIO

MATRÍCULA:

002519 01 55 2017 4 00054 101 0037384 64

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 25 anos
-------------------	--------------	---

NATURALIDADE Craibas-AL	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº . . -, RG nº 4186823-4 SSP/AL	ELITOR Não
----------------------------	--	---------------

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
Filho de DONIZETE CONSTANTINO LUCIO, AL, AGRICULTOR e de JOSEFA FERREIRA BARBOSA LUCIO, AL, AGRICULTORA, PAIS EM GIRAU DO PONCIANO-AL. Residência do falecido: SÍTIO GROTA, S/N, ZONA RURAL DE, Girau do Ponciano-AL

DATA E HORA DE FALECIMENTO Treze de setembro de dois mil e dezessete, hora ignorada.	DIA 13	MÊS 09	ANO 2017
---	-----------	-----------	-------------

LOCAL DE FALECIMENTO
ROD. AL 220, S/N, ZONA RURAL DE GIRAU DO PONCIANO-AL, E FOI TP/IML DE ARAPIRACA-AL

CAUSA DA MORTE
POLITRAUMATISMO

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO CEMITÉRIO DA FOLHA MIÚDA, CRAIBAS-AL	DECLARANTE DONISETTE CONSTANTINO LUCIO, nacionalidade brasileira, RG nº 3240483-2 AL, CPF/MF nº 081.227.804-66, profissão agricultor, estado civil casado, residente Sítio Grota, zona rural de Girau do Ponciano-AL, pai do falecido
---	--

NOME E Nº DE DOCUMENTO DOS MÉDICOS QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO
DOUTOR MÁRCIO H DE C LIMA, CRM 2746

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Ato registrado no livro C-54, à folha 101, sob o nº 37384. Data do registro: 14 de setembro de 2017. Data do óbito: 13 de setembro de 2017. Profissão do falecido: AGRICULTOR. Data de nascimento do falecido: 05 de abril de 1992. Solteiro. DEIXA 01 FILHO MENOR DE IDADE E NÃO DEIXA BENS. FORAM APRESENTADAS APENAS A CERTIDÃO DE NASCIMENTO LAVRADA EM JARAMATAIA-AL, COM: L:A-05, FLS:239 E N:4468 E RG DO FALECIDO.

Nome do Ofício
Registro Civil do 2º Distrito de Arapiraca

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Arapiraca, 09 de setembro de 2019.

Oficial Registrador
ROSINEIDE MARIA M. MIRANDA

Município/UF
Arapiraca

Endereço
Rua 15 de Novembro, 357 - Centro
Cep: 57300-340



Oficial de Registro Civil

AA 388972



JOSEFA BARBOSA CESAR
JOSE QUEOPS BARBOSA
OFICIAL
EDSON MATEUS
ESCREVENTE E OFICIAL SUB
JARAMATAIA - A

Certidão de Nascimento

NOME:

JOSÉ CÍCERO FERREIRA LUCIO

МАТЕМАТИКА

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Cinco de abril de mil novecentos e noventa e dois.

DIA
05

04

AND
1992

04h00min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Craibas-AL

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Jaramataia - ESTADO DE ALAGOAS

em domicílio no Sítio Grota, Craibas-Al.

Masculino

FILIAÇÃO

DONIZETE CONSTANTINO LÚCIO, natural de Alagoas-AL e JOSEFA FERREIRA BARBOSA LÚCIO, natural de Alagoas-AL, ambos residentes em Craibas-AL.

AYCIS

MANOEL CONSTANTINO • LUZINETE LUCIO DA CONCEIÇÃO • JOSÉ FERREIRA LEÃO • MARIA FERREIRA BARBOSA

GÊNEO
NÃO

Numele e matricula do(e) químico(s)

DATA ARE REGISTERED (PURE EXTENSION)

Dezoito de outubro de mil novecentos e noventa e seis.

Número da DNV
Não informado

OBSERVAÇÕES / AVISOS

Ato registrado no livro A-5, as folhas 239, sob o nº 4468. Data do registro: 18 de outubro de 1995. Data de nascimento do registrado: 05 de abril de 1992. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

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

Nome do ofício
Serviço de Registro Civil e Notas

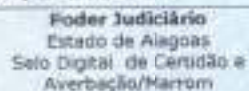
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Jaramataia, 20 de novembro de 2019.

Oficial registrador
José Quéops Barbosa

Endereço
Rua do Comércio, 244 - Centro

EDSON MATEUS

Excerpts are Official Substitutes.



AAG03973-QK79


Confira os dados do ato em:
<https://selo.tjal.jus.br>

[illegible]

ARPENALAGOAS

AA 415742

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411199/19

Vítima: JULIANA FORTUNATO DE OLIVEIRA

CPF: 059.108.484-88

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 01/12/2018

Titular do CPF: JULIANA FORTUNATO DE OLIVEIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JULIANA FORTUNATO DE OLIVEIRA : 059.108.484-88

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/11/2019
Nome: JULIANA FORTUNATO DE OLIVEIRA
CPF: 059.108.484-88

JULIANA FORTUNATO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/11/2019
Nome: ALINE ALVES DE OLIVEIRA
CPF: 111.043.804-47

ALINE ALVES DE OLIVEIRA





ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
PERÍCIA OFICIAL - PO/AL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL. MARIO PEDRO DOS SANTOS



Polgar Direito



Aiziane Almeida Ribeiro Verceles

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO
GERAL

2008767

DATA DE
EXPEDIÇÃO

31/01/2018

NOME

AIZIANE ALMEIDA RIBEIRO VERCELENS

FILIAÇÃO

JOSÉ RUY RIBEIRO VERCELENS

MARIA ZENEIDE AFONSO DE ALMEIDA

NATURALIDADE

ARAPIRACA - AL

DATA DE NASCIMENTO

19/09/1981

DOC. ORIGEM

CERTO NASC 43472 FLS 212 LIV 37

ARAPIRACA-AL

CPF

039.929.114-89

Roney Presbítero de A. Nascimento
RONEY PRESBITERO DE A. NASCIMENTO
Chefe Especial do Instituto de Identificação

2 VIA

P 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

**EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS**

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

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

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

NF: 26455575

JOSE APARECIDO DOS SANTOS

PV SAO JOSE, 9 ,

POVOADO

57320000 CRAIBAS

AL

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
15841723	10/2019	09/09/19 a 09/10/19
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
81	16/10/19	R\$ 80,32

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS

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

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
15841723	10/2019	R\$ 80,32

836100000006.803200030002.000000015842.172310190050



equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS
Av. Fernando Lima, 2348 - Gruta de Lourdes - CEP 57053-902
MACEIÓ - AL - Fone: (31) 3212.7222 - 0800 010 0001 - 0800 010 0002
REGIME ESPECIAL DE IMPOSTOS AUTORIZADO PELA SEC. DA RECEITA
FISCAL DO ESTADO DE ALAGOAS - R.E.I.A. Nº 001/2002

Para contato
com o cliente, informe
este NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1598932-1

Nº da Nota Fiscal 27464950

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS

OUTUBRO/2019

VENCIMENTO

06/11/2019

CONSUMO (kWh)

186

TOTAL A PAGAR (R\$)

184,40

AIZIANE ALMEIDA RIBEIRO VERCELENS
R. MONS. MACEDO 352 SALA 03 - CENTRO
CPF: 00003992911489
CEP: 57.300-370 - ARAPIRACA

ROT: 104.010.05.08.003122

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	955	Atual:	29/10/2019
Anterior:	769	Anterior:	30/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	28/11/2019
Consumo Medido:	186	Ger. Arquivo:	28/10/2019
Consumo Faturado:	186	Apresentação:	29/10/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
	Código de irregularidade		

FCAH*

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Proteção	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2630915		1.1.1.1	96

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano	Consumo		
SET/19	163	CONSUMO 186 kWh a R\$ 0,845108 =	157,19
AGO/19	75	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	23,57
JUL/19	101	MULTA POR ATRASO 09/19-00	2,88
JUN/19	99	JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00	0,76
MAI/19	144	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,78	
ABR/19	185	FECOEP = 3,14	
MAR/19	0		
FEV/19	2		
JAN/19	0		
DEZ/18	0		

TARIFA SEN TR OUTUBRO:
0 a 186 - R\$ 0,845108

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIQUE 0800 082 0196 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28.
Parabéns! Até o dia 28/10/2019, não constatamos faturas vencidas.

equatorial
ENERGIA

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS
Av. Fernando Lima, 2348 - Gruta de Lourdes - CEP 57053-902
MACEIÓ - AL - CEP 57053-902
REGIME ESPECIAL DE IMPOSTOS AUTORIZADO PELA SEC. DA RECEITA
ESTADUAL DE ALAGOAS - R.E.A. Nº 10.438 de 28 de abril de 2002

Para contato
contato, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1598932-1

Nº da Nota Fiscal 27464950

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 28 de abril de 2002.

CONTA MÊS

OUTUBRO/2019

VENCIMENTO

06/11/2019

CONSUMO (kWh)

186

TOTAL A PAGAR (R\$)

184,40

AIZIANE ALMEIDA RIBEIRO VERCELENS
R. MONS. MACEDO 352 SALA 03 - CENTRO
CPF: 00003992911489
CEP: 57.300-370 - ARAPIRACA

ROT: 104.010.05.08.003122

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	955	Atual:	29/10/2019
Anterior:	769	Anterior:	30/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	28/11/2019
Consumo Medido:	186	Ger. Arquivo:	28/10/2019
Consumo Faturado:	186	Apresentação:	29/10/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	29
	Código de irregularidade		

FCAH*

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Proteção	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2630915		1.1.1.1	96

HISTÓRICO kWh	
Mês/ano	Consumo
SET/19	163
AGO/19	75
JUL/19	101
JUN/19	99
MAI/19	144
ABR/19	185
MAR/19	0
FEV/19	2
JAN/19	0
DEZ/18	0


CONSUMO 186 kWh a R\$ 0,845108 = 157,19
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) = 23,57
MULTA POR ATRASO 09/19-00 = 2,88
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00 = 0,76
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 2,78
FECOE = 3,14

TARIFA SEN TR OUTUBRO:
0 a 186 - R\$ 2,52250

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIQUE 0800 082 0196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28
Parabéns! Até o dia 28/10/2019, não constatamos faturas vencidas

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411284/19

Número do Sinistro: 3190652154

Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

CPF: 112.848.854-02

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/09/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOYCE KELLY DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOYCE KELLY DOS SANTOS : 112.848.854-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOAO MIGUEL DOS SANTOS LUCIO : 140.480.114-64

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: 10/12/2019
Nome: JOYCE KELLY DOS SANTOS
CPF: 112.848.854-02

JOYCE KELLY DOS SANTOS


Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: ALINE ALVES DE OLIVEIRA
CPF: 111.043.804-47

ALINE ALVES DE OLIVEIRA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411284/19

Número do Sinistro: 3190652154

Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

CPF: 112.848.854-02

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/09/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOYCE KELLY DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOYCE KELLY DOS SANTOS : 112.848.854-02

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: 11/12/2019

Nome: JOYCE KELLY DOS SANTOS

CPF: 112.848.854-02

JOYCE KELLY DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019


Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411284/19

Número do Sinistro: 3190652154

Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

CPF: 112.848.854-02

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/09/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOYCE KELLY DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOYCE KELLY DOS SANTOS : 112.848.854-02

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: 13/12/2019

Nome: JOYCE KELLY DOS SANTOS

CPF: 112.848.854-02

JOYCE KELLY DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019

Nome: ALINE ALVES DE OLIVEIRA

CPF: 111.043.804-47

ALINE ALVES DE OLIVEIRA



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
PERÍCIA OFICIAL - POAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - I.D. CEL. MÁRIO PEDRO DOS SANTOS

 Polegar Direito



Maria Elza da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1238166

28/02/2018

MARIA ELZA DA SILVA

JOSÉ FRANCISCO DA SILVA
VERA LÚCIA DA SILVA

ARAPIRACA - AL

05/05/1971

CERTD NASC 28183 FLS 226 LIV 25
ARAPIRACA - AL

889.500.264-49

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1

COMPANHIA ENERGÉTICA DE ALAGOAS

Av. Fernandes Lima, 2349 - Gruta de Lordea - CEP: 57052-902

MAQUISMO - CNPJ: 13.273.084/0001-00 - IE: 24007177-8

REGIME ESPECIAL DE IMPOSTAÇÃO AUTORIZADO PELA SELDA - RENDIDA

NF: NATUREZA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO 5688 U/P

Nº da Nota Fiscal 27005376

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	01/11/2019	193	189,67

MARIA ZENEIDE A DE ALMEIDA
R. PROJETADA ELISIO LOPES 37 QD C LOT 03 - SAO LUIZ

LT ELISIO NUNES

CEP: 57.300-000 - ARAPIRACA

ROT: 579.010.14.02.000216

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	9468	Atual:	21/10/2019
Anterior:	9275	Anterior:	20/09/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	21/11/2019
Consumo Medido:	193	Ger. Arquivo:	18/10/2019
Consumo Faturado:	193	Apresentação:	21/10/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Código de Irregularidade:	
		Dias de Consumo:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	HONO	E2228805	S 1 20151	1.1.1.1	179

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 213	CONSUMO 193 kWh a R\$ 0,857493 = 165,49
AGO/19 183	CONTR. ILLUMINACAO PUB. (COSIP) 24,18
JUL/19 166	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,95
JUN/19 175	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 2,48
MAI/19 192	FECEP = 3,30
ABR/19 199	
MAR/19 163	
FEV/19 172	
JAN/19 177	
DEZ/18 160	

TARIFA COM TRIBUTOS:
R\$ 193 - 0,558314

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/11/2019, o não pagamento por
00/2019	219,17	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411284/19

Número do Sinistro: 3190652154

Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

CPF: 112.848.854-02

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/09/2017

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOYCE KELLY DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOYCE KELLY DOS SANTOS : 112.848.854-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JOAO MIGUEL DOS SANTOS LUCIO : 140.480.114-64

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: 10/12/2019
Nome: JOYCE KELLY DOS SANTOS
CPF: 112.848.854-02

JOYCE KELLY DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: ALINE ALVES DE OLIVEIRA
CPF: 111.043.804-47

ALINE ALVES DE OLIVEIRA

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652154

Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOYCE KELLY DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190652154 Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

Data do Acidente: 13/09/2017 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOYCE KELLY DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do representante legal do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) do representante legal do requerente do Seguro DPVAT ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue.
Certidão de óbito	Apresentar a certidão de óbito da vítima, original ou cópia autenticada, pois não foi entregue.

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

Carta nº 15150835



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652154

Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO MIGUEL DOS SANTOS LUCIO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

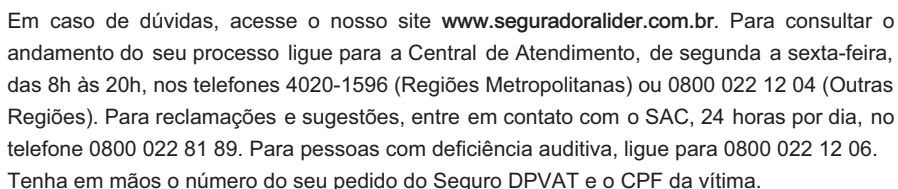
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do seu comprovante de residência, pois não foi entregue.
Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto dos "Dados Cadastrais" e da "Declaração de Únicos Beneficiários", sem rasuras.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da sua carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, emitido por órgão competente para registro de acidente de trânsito com vítima (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Federal, Polícia Rodoviária Federal e Corpo de Bombeiros Militar), pois não foi entregue.

Estamos aqui para Você

Carta n° 15151005



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190652154 Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

Data do Acidente: 13/09/2017 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOYCE KELLY DOS SANTOS

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

Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da pessoa indicada pelo beneficiário para assinar a rogo/a pedido ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
-----------------------------	---

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

Pag. 00375/00376 - carta_03 - MORTE



Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190652154

Vítima: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

Data do Acidente: 13/09/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOYCE KELLY DOS SANTOS

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

Recebedor: JOYCE KELLY DOS SANTOS

Valor: R\$ 13.500,00

Banco: 104

Agência: 000004813

Conta: 0000019294-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: Jose Lima Ferreira Lucio

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

5 - Nome completo: João Miguel dos Santos Lucio 6 - CPF: 140.480.114.64
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Povoado São José 9 - Número: 9 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Crato 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57.320.000
15 - E-mail: algomaneque@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): 82.99629.0079

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: Joyce Kelly dos Santos
18 - CPF do Representante Legal: 112.848.854.02 19 - Profissão do Representante Legal: Recuso

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 4813 CONTA: 19294 8
(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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 13.09.2017
25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filha 26 - Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 1 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro (nascitur)? ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 2 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim

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.



35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: Maria Elza da Silva
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 889.500.264-49
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: Maria Elza da Silva

38 - 1ª | Nome: Alcino Almeida Ribeiro Marcelous
CPF: 039.939.154-89
Alcino Almeida Ribeiro Marcelous
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Mayron Douglas de Oliveira Silva
CPF: 102.698.424-62
Mayron Douglas de Oliveira Silva
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Apipiana de 20.11.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA

DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO: 0505-E/17-0079

Pág.1 / 1

DELEGACIA: 59º DP - Feira Grande 4ª DRP/DPJA2

FONE: 35241175

DATA/HORA COMUNICADO: 13/09/2017 23:37

DELEGACIA DESTINO: 56º DP - Girau do Ponciano 4ª DRP/DPJA2

FATO

NATUREZA: ACIDENTE OUTROS (MORTE)

INSTRUMENTO:

DATA/HORA: 13/09/2017 09:00

LOCAL DO FATO: AL 220 SITIO GROTA Zona Rural Girau do Ponciano

DIA DA SEMANA: 3 PONTO DE REFERÊNCIA:

COR

1 BRANCO 4 PARDO
2 PRETO 5 SARARA
3 AMARELO 6 ALBINO

ESTADO CIVIL

1 SOLTEIRO 4 SEPARADO
2 CASADO 5 AMASIADO
3 VIUVO

NACIONALIDADE

1 BRAS. NATO
2 BRAS. NATURALIZADO
3 ESTRANGEIRO

DIA DA SEMANA

1 SEG 4 QUI 7 DOM
2 TER 5 SEX
3 QUA 6 SAB

GRAU DE INSTRUÇÃO

1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO
2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO

RG: 41868234

SSP-AL

CPF:

FILIAÇÃO: DONIZETE CONSTATINO LUCIO

JOSEFA FERREIRA BARBOSA LUCIO

PROFISSÃO:

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1992

IDADE: 25

COR:

SEXO: M

UF: AL NATURALIDADE: CRAIBAS

NACIONALIDADE: 1

ESTADO CIVIL:

GRAU INSTRUÇÃO:

TURISTA:

ENDEREÇO: SITIO GROTA

Nº

BAIRRO: ZINA RURAL

CIDADE: GIRAU

FONE:

SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:

OCORRÊNCIA RELACIONADA A:

Nº 0505-E/17-0044

AUTOR: DESCONHECIDO

HISTORICO

SEGUNDO INFORMAÇÕES PREMINILARES PASSADA PELO PAI DA VÍTIMA, SEU FILHO ESTAVA TRAFEGANDO NA PISTA VOLTANDO DA CASA DE SUA FILHA E VOLTANDO PARA CASA EM SUA BICICLETA NO SENTIDO JARAMATAIA QUANDO UM CARRO NÃO IDENTIFICADO O ATROPELOU E FUGIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO EM SENTIDO IGNORADO. SEGUNDO INFORMAÇÕES PREMINILARES NINGUEM SOUBE QUAL CARRO QUE ATROPELOU JOSE CICERO.

NUMERO DA BIC 027379

TESTEMUNHA E PAI: DONIZETE CONSTATINO LUCIO MORA SITIO GROTA PROXIMO SEM TERRAA DE LONA NO PRIMEIRO INDO A JAPARATINGA TELEFONE CONTATO DE SEU OUTRO FILHO PAULO 981827266

INQUÉRITO POLICIAL

NÚMERO: 0502-K/17-0058

DELEGACIA: 56º DP - Girau do Ponciano 4ª DRP/DPJA2

NÚMERO: 62/17 56DP

DATA INSTAURAÇÃO: 03/10/2017 11:04:00

DATA CONCLUSÃO:

FORMA CONCLUSÃO:

MOTIVAÇÃO:

TESTEMUNHA

1 NOME: DONISETTE CONSTANTINO LUCIO

ENDEREÇO: SITIO GROTA ZONA RURAL Girau do Ponciano AL

2 NOME:

ENDEREÇO:

NOTICIANTE:

ASS.:

ELABORADO POR: Nialysson Rodrigues de Oliveira

ASS.:

RG / MAT.: 163-5

AUTORIDADE: Gustavo Xavier do Nascimento

ASS.:

RG / MAT.: 58-2

ESCRIVÃO AD-HOC: Nialysson Rodrigues de Oliveira

ASS.:

RG / MAT.: 163-5