

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

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

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

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

FILIAÇÃO	JOSE CICERO FERREIRA LUCIO, natural de CRAIBAS - 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)		
------	---	--	--

GÉMEOS	NOME E MATRÍCULA DOS GÉMEOS	NÚMERO DA DNV
Não	Nada consta.	30-72092185-8

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

OBSERVAÇÕES / AVERIAÇÕES	Alto 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

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

Oficial registrador
Ary Rocha Santos

Município/UF
Craibas

Endereço
Rua Manoel Antonio de Jesus, 157



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: *José Líbero Ferreira Lucio*

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

5 - Nome completo:	<i>João Miguel dos Santos Lucio</i>	6 - CPF:	<i>140.480.114-64</i>
7 - Profissão:	<i>Recreio</i>	8 - Endereço:	<i>Povoado São José</i>
9 - Número:	<i>9</i>	10 - Complemento:	<i></i>
11 - Bairro:	<i>zona rural</i>	12 - Cidade:	<i>Cravinhos</i>
13 - Estado:	<i>AL</i>	14 - CEP:	<i>57 320.000</i>
15 - E-mail:	<i>alagoniemes@hotmail.com</i>		
16 - Tel.(DDD):	<i>82-49629-0079</i>		

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:	<i>Joyce Kelly dos Santos</i>		
18 - CPF do Representante Legal:	<i>312.848.854-02</i>	19 - Profissão do Representante Legal:	<i>Recreio</i>

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)

<input checked="" 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)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <i>4813</i> CONTA: <i>J9294</i> (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:	<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:	<i>13.09.2017</i>
------------------------------	--	-------------------------------	-------------------

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: *Filha*

28 - Vítima teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <i>1</i> Falecidos: <i>0</i>	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <i>2</i> Falecidos: <i>0</i>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input 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.



Maria Elza da Silva

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

889.500.264-49

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

099.613.010-10

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

38 - 1º | Nome: *Alcione Almeida Ribeiro Lacerda*
CPF: *039.929.154-89*

Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: *Maycon Douglas de Oliveira Silva*
CPF: *102.698.424-62*

Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, *Anapuá, 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	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
Masculino	Parda	Solteiro, 25 anos

NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
Craibas-AL	CPF nº. . . - RG nº 4186823-4 SSP/AL	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: SITIO 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
CEMITERIO DA FOLHA MIUDA, CRAIBAS-AL

DECLARANTE
DONISETE 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 ATENTOU(A)RAM 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 JABAMATAIA-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

ARPENALAGOAS



Oficial de Registro Civil

AA 388972

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
JOSEFA BARBOSA CESAR
JOSE QUEOPS BARBOSA
OFICIAL
EDSON MATEUS
ESCREVENTE E OFICIAL SUBSTITUTO
JARAMATAIA - AL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:
JOSÉ CÍCERO FERREIRA LUCIO

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF

Sem Informação

MATRÍCULA:

002782 01 55 1996 1 00005 239 0004468 94

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTERNO)

Cinco de abril de mil novecentos e noventa e dois.

DIA

05

MÊS

04

ANO

1992

HORA DE NASCIMENTO
04h00min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Craibas-AL

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

LOCAL DE NASCIMENTO
em domicílio no Sítio Grotta, Craibas-AL

SEXO
Masculino

PARECER

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

AVÓS

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

GÊNEROS
Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊNEROS
Nada consta

DATA DE REGISTRO (POR EXTERNO)

Dezoito de outubro de mil novecentos e noventa e seis.

NÚMERO DA DNV

Não informado.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-5, às folhas 239 , sob o nº 4468. Data do registro: 18 de outubro de 1996. 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
Escrivâncio e Oficial Substituto

Poder Judiciário
Estado de Alagoas
Selo Digital de Certidão e
Averbação/Martom

AAG03973-QK79

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



ENQUANTOS: R\$ 17,13; R\$ 4,42; R\$ 6,62; TOTAL: R\$ 27,13

ARPENALAGOAS

AA 415742

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
JOSEFA BARBOSA CESAR
JOSE QUEOPS BARBOSA
OFICIAL
EDSON MATEUS
ESCREVENTE E OFICIAL SUBSTITUTO
JARAMATAIA - AL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:
JOSÉ CÍCERO FERREIRA LUCIO

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF

Sem Informação

MATRÍCULA:

002782 01 55 1996 1 00005 239 0004468 94

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTERNO)

Cinco de abril de mil novecentos e noventa e dois.

DIA

05

MÊS

04

ANO

1992

HORA DE NASCIMENTO
04h00min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
Craibas-AL

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

LOCAL DE NASCIMENTO
em domicílio no Sítio Grotta, Craibas-AL

SEXO
Masculino

PARECER

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

AVÓS

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

GÊNEROS
Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊNEROS
Nada consta

DATA DE REGISTRO (POR EXTERNO)

Dezoito de outubro de mil novecentos e noventa e seis.

NÚMERO DA DNV

Não informado.

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro A-5, às folhas 239 , sob o nº 4468. Data do registro: 18 de outubro de 1996. 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

Escrivente e Oficial Substituto

Poder Judiciário
Estado de Alagoas
Selo Digital de Certidão e
Averbação/Martom

AAG03973-QK79

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



ENQUANTOS: R\$ 17,13; R\$ 4,62; R\$ 6,62; TOTAL: R\$ 27,13

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/12/2018

Titular do CPF: JULIANA FORTUNATO DE OLIVEIRA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IMI
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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Poder Díritto



Aiziane Almeida Ribeiro Vercelens

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

PROFISSÃO: Professora

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

DOC. ORIGEM

CERTO NASC 43472 FLS 212 LIV 37
ARAPIRACA-AL

CPF

039.929.114-89

2 VIA

Ricardo Viana da A. Vercelens
NOTÁRIO PREGIADOR DE ARAPIRACA-NASCIMENTO
DIRETOR ESPECIAL DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DATA DE Nascimento

19/09/1981

P 1



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





Para contato
compreenda, informe
esse NÚMERO! ➤

SEU CÓDIGO

1598932-1

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS
Av. Fernandes Lima, 3349 - Guitá de Lourdes - CEP 57030-902
MACAÍBA - CNPJ 12.272.084/0001-00 - IE: 74000000000000000000
REGISTRO OFICIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SECEMA FAZENDA
NF / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE U/NP

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	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	06/11/2019	186	184,40

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

DADOS DA LEITURA	KWH	ROT: 104.010.05.08.003122
Atual:	955	Data da Leitura
Anterior:	769	Atual: 29/10/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Anterior: 30/09/2019
Consumo Medido:	186	Próxima Leitura: 28/11/2019
Consumo Returado:	186	Ger. Arquivo: 28/10/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Apresentação: 29/10/2019
	Colete de irregularidade	Dia de Consumo: 29

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Período	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2630915	1.1.1.1	96	
DESCRICAÇÃO DA CONTA					
MÉTASTÔMICO kWh					
Mês/ano consumo					
SET/19	163	CONSUMO 186 kWh a R\$ 0,845108 =			
AGO/19	75	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 157,19			
JUL/19	101	MULTA POR ATRASO 09/19-00 23,57			
JUN/19	99	JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00 2,88			
MAI/19	144	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,76			
ABR/19	185	FECOEP = 3,14			
MAR/19	0				
FEV/19	2				
JAN/19	0				
DEZ/18	0				
TARIFA SOCIAL DE ENERGIA R\$ 184,40 - 0,550250					

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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



Para contato
comercio, informe
esse NÚMERO! ➤

SEU CÓDIGO

1598932-1

EQUATORIAL ENERGIA ALAGOAS
Av. Fernandes Lima, 3349 - Guitá de Lourdes - CEP 50130-902
MACAÍBA - CNPJ 12.272.084/0001-00 - IE: 74000000000000000000
REGISTRO OFICIAL DE IMPRESSÃO AUTORIZADO PELA SECEMA FAZENDA
NF / FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE U/NP

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	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OCTUBRO/2019	06/11/2019	186	184,40

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

DADOS DA LEITURA		KWH	ROT: 104.010.05.08.003122
Atual:	955		DATAS DA LEITURA
Anterior:	769		Atual: 29/10/2019
Constante de Multiplicação:	1.000		Anterior: 30/09/2019
Consumo Medido:	186		Próxima Leitura: 28/11/2019
Consumo Returado:	186	FCAH*	Ger. Arquivo: 28/10/2019
Forma de faturamento:	NORMAL	Colete de irregularidade	Apresentação: 29/10/2019
			Dias de Consumo: 29

Classe/Subclasse	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
	Ligação	Número Medidor	Prévia	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	E2630915	1.1.1.1	96	
HISTÓRICO KWH					
Mês/ano consumo					
SET/19	163	CONSUMO 186 kWh a R\$ 0,845108 =			
AGO/19	75	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSIP) 157,19			
JUL/19	101	MULTA POR ATRASO 09/19-00 23,57			
JUN/19	99	JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00 2,88			
MAI/19	144	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,76			
ABR/19	185	FECOEP = 3,14			
MAR/19	0				
FEV/19	2				
JAN/19	0				
DEZ/18	0				
TARIFA SOCIAL BÁSICO:					
	0,910 - 0,550250				

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

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

RECEBIMENTO 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

Titular do CPF: JOYCE KELLY DOS SANTOS

CPF de: Representante

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOYCE KELLY DOS SANTOS

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

Data do acidente: 13/09/2017

CPF: 112.848.854-02

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOYCE KELLY DOS SANTOS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

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

Data do acidente: 13/09/2017

CPF: 112.848.854-02

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOYCE KELLY DOS SANTOS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

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 DO ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA
PÚBLICA OFICIAL, POIS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - CICLÉ MÁRIO PEDRO DOS SANTOS



Polegar Direito



Maria Elza da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

28/02/2018

REGISTRO
CIVIL
1238166

DATA DE
EXPEDIÇÃO

MARIA ELZA DA SILVA

POUCAS

JOSÉ FRANCISCO DA SILVA
VERA LÚCIA DA SILVA

NAT. P. 05/05/1971

ARAPIRACA - AL

DATA DE NASCIMENTO

05/05/1971

CERTO NASC 28183 FLS 226 LIV 25
ARAPIRACA - AL

889.500.264-49

2 VIA

R. Ribeiro
SOLICITANTE DE ARAPUÁ NASCIMENTO
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P 1



Para contato
com o atendente, informe
esse NÚMERO!

SEU CÓDIGO

1356001-8

COMPANHIA ENERGÉTICA DE ALAGOAS
Av. Fernandes Lima, 2048 - Centro de Laranjeiras (CEP: 57052-902)
MATRIZ/DAF - CNPJ 12.272.064/0001-00 - IE 24007177-0
REGIME ESPECIAL DE IMPRENSA AUTORIZADO PELA SECA DA FAZENDA
NF - NATUREZA DE ENERGIA ELÉTRICA / SERVIÇO SÉRIE U/Nº

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

Maria Zenide 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

DIÁSOS DA LEITURA	KWH	DATAS DA LEITURA
Atual:	9468	Atual: 21/10/2019
Anterior:	9275	Anterior: 28/09/2019
Constante de Multiplicação:	1.000	Próxima Leitura: 21/11/2019
Consumo Medido:	193	Get. Arquivar: 18/10/2019
Consumo Faturado:	193	Apresentação: 21/10/2019

Forma de Faturamento: NORMAL Código de Irregularidade: Dias da Conta: 31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Ponto	Código Faz.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	HONO	E2228805	S 1 20151	1.1.1.1	179

HISTÓRICO kWh

Mêsano consumo	CONSUMO	193 kWh a R\$ 0,857493 =	165,49
SET/19	213	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	24,18
AGO/19	183	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	1,95
JUL/19	166	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	2,48
JUN/19	175	FECOEP =	3,30
MAI/19	192		
ABR/19	199		
MAR/19	163		
FEV/19	172		
JAN/19	177		
DEZ/18	160		
TRIF. GEN. TRIBUTOS			
0,0 193 - 0,228314			

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Año Valor R\$ 00/10/2019 219,17 Unidade consumidora suspeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/11/2019. O não pagamento por

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

CPF de: Representante

Data do acidente: 13/09/2017

JOYCE KELLY DOS SANTOS

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOYCE KELLY DOS SANTOS

ALINE ALVES DE OLIVEIRA

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, 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, 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, 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 (Policia 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

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, 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.

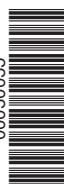
O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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, 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), JOAO MIGUEL DOS SANTOS LUCIO

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.

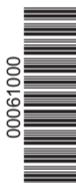
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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, 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



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 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: *José Líbero Ferreira Lucio*

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

5 - Nome completo: *João Miguel dos Santos Lucio* 6 - CPF: *140.480.114-64*
 7 - Profissão: *Recreio* 8 - Endereço: *Povoado São José* 9 - Número: *9* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *zona rural* 12 - Cidade: *Cravinhos* 13 - Estado: *AL* 14 - CEP: *57 320.000*
 15 - E-mail: *alagonzales@hotmail.com* 16 - Tel.(DDD): *82-49629-0079*

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: *312.848.854-02* 19 - Profissão do Representante Legal: *Recreio*

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)

<input checked="" 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)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <i>4813</i> CONTA: <i>J9294</i> (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: *Filho* 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: *1* Falecidos: *0* 30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: *2* Falecidos: *0* 33 - Vítima deixou pais/avós Vivos? Sim Não

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



Maria Elza da Silva

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

889 500 264-49

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

099 500 264-49

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

38 - 1º | Nome: *Alcione Almeida Ribeiro Lacerda*
 CPF: *039 929.154-89*

Assinatura da testemunha
 39 - 2º | Nome: *Maycon Douglas de Oliveira Silva*
 CPF: *102.698.424-62*

Assinatura da testemunha
 40 - Local e Data, *Anapuá, 20.11.2019*

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: *José Líbero Ferreira Lucio*

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

5 - Nome completo:	<i>João Miguel dos Santos Lucio</i>	6 - CPF:	<i>140.480.114-64</i>
7 - Profissão:	<i>Recreio</i>	8 - Endereço:	<i>Povoado São José</i>
9 - Número:	<i>9</i>	10 - Complemento:	<i></i>
11 - Bairro:	<i>zona rural</i>	12 - Cidade:	<i>Cravinhos</i>
13 - Estado:	<i>AL</i>	14 - CEP:	<i>57 320.000</i>
15 - E-mail:	<i>alagoniemes@hotmail.com</i>		
16 - Tel.(DDD):	<i>82-44629-0079</i>		

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:	<i>Joyce Kelly dos Santos</i>		
18 - CPF do Representante Legal:	<i>312.848.854-02</i>	19 - Profissão do Representante Legal:	<i>Recreio</i>

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)

<input checked="" 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)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: <i>4813</i> CONTA: <i>J9294</i> (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:	<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:	<i>13.09.2017</i>
------------------------------	--	-------------------------------	-------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	<i>Filha</i>	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: <i>1</i> Falecidos: <i>0</i>	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <i>2</i> Falecidos: <i>0</i>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input 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.



Maria Elza da Silva

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

889 500 264-49

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

099 500 264-49

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

38 - 1º | Nome: *Alcione Almeida Ribeiro Lacerda*
CPF: *039 929.154-89*

Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: *Maycon Douglas de Oliveira Silva*
CPF: *102.698.424-62*

Assinatura da testemunha
40 - Local e Data, *Anapuá, 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

NÚMERO: 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	ESTADO CIVIL	NACIONALIDADE	DIA DA SEMANA	GRAU DE INSTRUCAO
1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARARA 3 AMARELO 6 ALBINO	1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIAO 3 VIUVO	1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO	1 SEG 4 QUI 7 DOM 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SAB	1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL
NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSE CICERO FERREIRA LUCIO		RG: 41868234		SSP-AL
FILIAÇÃO: DONIZETE CONSTATINO LUCIO		JOSEFA FERREIRA BARBOSA LUCIO		
PROFISSÃO:		DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1992		IDADE: 25
UF: AL	NACIONALIDADE: CRAIBAS	NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL:	GRAU INSTRUÇÃO:
ENDERECO: SITIO GROTA				TURISTA:
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

HISTÓRICO
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: DONISETE CONSTANTINO LUCIO

ENDEREÇO: SITIO GROTAS 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