
Rio de Janeiro, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200158841

Vítima: SONIA MARIA ALCANTARA SILVA

Data do Acidente: 20/01/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA

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, 28 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200158841 Vítima: SONIA MARIA ALCANTARA SILVA

Data do Acidente: 20/01/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA

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

Prova de companheirismo	Apresentar prova de reconhecimento da união estável do interessado com a vítima, original ou cópia autenticada, pois o documento entregue não comprova o companheirismo. Veja no nosso site as informações e os documentos necessários para esta comprovação.
-------------------------	---

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



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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: **24663654487** 4 - Nome completo da vítima: **SÔNIA MARIA ALCANTARA SILVA**

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

5 - Nome completo: **Marco Ednaldo Alves da Silva** 6 - CPF: **361-868-484-34**
7 - Profissão: **GUIA DE TURISMO** 8 - Endereço: **RUA SETENTA e DOIS** 9 - Número: **255** 10 - Complemento: **CASA 3**
11 - E-mail: **RIO DOCE** 12 - Cidade: **OLINDA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53090-470**
15 - Telefone: **MARCOSEDNA DOSILVA@HOTMAIL.COM** 16 - Celular: **81-99645-8063**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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 POUÇANÇA (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: **3280** ☐ CONTA: **000322845** 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 impedido(a) de apresentar o laudo do Instituto Américo Leigo (IML) para os fins de avaliação médica da indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às ordens da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa desistência ou renúncia à futura avaliação médica ou revisão do direito de contestar a avaliação médica, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **20/01/2020**
25 - Grau de Parentesco com a vítima: **COMPANHEIRO** 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **MARCOSEDNA DOSILVA**
28 - Vítima teve filhos? ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **0** Falecidos: **0** 30 - Vítima deixou nascido (ou nascido)? ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **1** Falecidos: **0** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se beneficiarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento ao Instituto Américo Leigo, sob a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):
35 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

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

40 - Local e Data: **Olinda, 17 de Abril 2020**
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Marco Ednaldo Alves da Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Fiscalizador (se houver):



ESTADO DA BAHIA
SSP - POLÍCIA CIVIL DA BAHIA
DEPIN - 25ª COORPIN - EUCLIDES DA CUNHA
DELEGACIA TERRITORIAL DE POLÍCIA DE CANUDOS - BAHIA
RUA PAJEU, S.Nº, CENTRO, CANUDOS-BAHIA-FONE 75-3494.2103

03

4

DELEGACIA DE POLÍCIA TERRITORIAL - CANUDOS - BA
OCORRÊNCIA Nº. 00019/2020

Delegado(a): VITOR TENÓRIO LIMA		
Autor do Registro: EDSON ITAMAR SILVA TOURINHO		
Data do Registro: 20/01/2020		Hora do Registro: 20H57MIN
Natureza do Fato: OUTRAS OCORRÊNCIAS NÃO DELITUOSAS		
Local do Fato: BR 116 KM-168, POVOADO SÃO BENTO/CANUDOS/BA		
Data do Fato: 20/01/2020		Hora do Fato: 15H45MIN
Envolvido: COMUNICANTE		
Nome: CAB. JAIR BERNARDO ALMEIDA		Conhecido por:
Data de Nascimento:		RG. nº. MAT. 30.302.429.2
Nacionalidade: BRASILEIRA		Natural:
Pai:		CNH: categoria
Mãe:		Grau de Instrução: 2º GRAU COMPLETO
Estado Civil: CASADO		Profissão: POLICIAL MILITAR
Cor: PARDA	Religião: CATÓLICO	Fone: 3494-2223
Orientação sexual: HETEROSSEXUAL		
Endereço: RUA JUIZ PAULO FONTES - S/Nº- CENTRO-CANUDOS/BA		
Autor (a):		

Narrativa: NESTA DATA, O CAB/PM JAIR BERNADO, POLICIAL MILITAR, LOTADO NA 5ª CIA, INFORMOU QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADO HAVIA OCORRIDO ACIDENTE COM UM ÔNIBUS COM VITIMAS FATAIS; QUE EM VIRTUDE DO ACIDENTE VIERAM A ÓBITO 04 (QUATRO) PESSOAS, SENDO AS VÍTIMAS IDENTIFICADAS POR MARIA APARECIDA FARIAS, RG 1385752-0 SSP/SP, JOSÉ ROBERTO DE CARVALHO, RG 25897690 SSP/SP, SÔNIA MARIA ALCÂNTARA SILVA, RG 1854295 SSP/SP, E LUZIA BARBOSA DE LIMA. SEGUNDO O MOTORISTA JILMAR LIMA DA SILVA, RG 25211621 SSP/SP, ESTE INFORMOU QUE PERDEU O CONTROLE DO ÔNIBUS, MARCA POLO, DA EMPRESA SERRA TURISMO, PLACA POLICIAL LPV-3814 - OSASCO/SP, CONSEQUENTEMENTE DEIXANDO A VIA E OCASIONANDO O ACIDENTE. É O RELATO. ADITAMENTO : ÀS 11:25 DO DIA 29 DE JANEIRO DE 2020, COMPARECEU ESTA DELEGACIA O PASTOR DA IGREJA BATISTA DE CANUDOS, O SENHOR JOSE BATISTA CAMPOS JUNIOR, RG Nº 0181035537 SSP/BA, INFORMANDO QUE A SENHORA MARIÁ DE LOURDES LOPES FLORENTINO, RG Nº 11814977 SSP/SP, TAMBÉM VÍTIMA DO ACIDENTE, ENCONTRA-SE INTERNADA NO

Vitor Tenório Lima
Delegado de Polícia Civil
Matrícula 12.620.015-8



ESTADO DA BAHIA
SSP - POLÍCIA CIVIL DA BAHIA
DEPIN - 25ª COORPIN - EUCLIDES DA CUNHA
DELEGACIA TERRITORIAL DE POLÍCIA DE CANUDOS - BAHIA
RUA PAJEU, S.Nº, CENTRO, CANUDOS-BAHIA-FONE 75-3494.2103

04
Ⓟ

HOSPITAL DE TRAUMAS NA CIDADE DE PETROLINA - PE, ONDE TEVE O MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO AMPUTADO E ESTÁ AGUARDANDO POR OUTROS PROCEDIMENTOS CIRURGICOS.

Canudos - Bahia, 20/01/2020

AUTOR DO REGISTRO: IPC EDSON ITAMAR SILVA TOURINHO

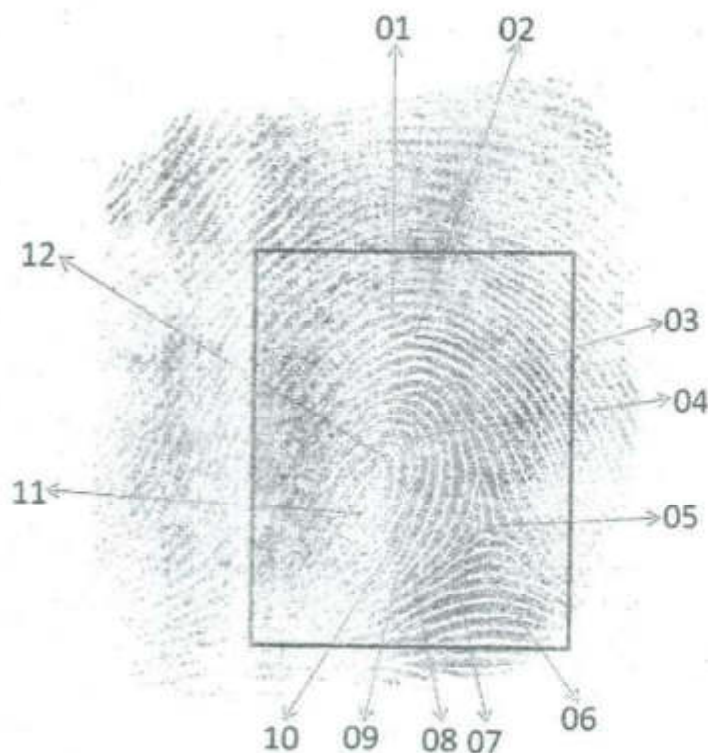
ASSINATURA DO COMUNICANTE: _____


Vitor Tenório Lima
Delegado de Polícia Civil
Matricula 12.620.015-R

QUADRO INFOGRÁFICO I



QUADRO INFOGRÁFICO II



PEÇA PADRÃO

Ampliação da impressão digital do polegar esquerdo constante no Prontuário Civil, RG 1.854.295, em nome de Sônia Maria Alcântara Silva, com o assinalamento de 12 pontos característicos coincidentes com os da PEÇA QUESTIONADA.



PEÇA QUESTIONADA

Ampliação da impressão digital do polegar esquerdo constante na Ficha Individual Datiloscópica, coletada da mão do membro superior encontrado no local acidente automobilístico, com o assinalamento de 12 pontos característicos coincidentes com os da PEÇA PADRÃO.

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 1ª DT EUCLIDES-BO-20-00192

Data: 21/01/2020 às 11:40h

Unidade:

Delegado: 126200158 - VITOR TENÓRIO LIMA

Responsável Pelo Registro

Unidade: 1ª DT EUCLIDES DA CUNHA

Servidor: 205145386 - LUCIANO WILLIAN DA SILVA DAGIR

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Classificação: Acidente de Veículo

Data: 20/01/2020 às 15:00h

Histórico:

COMPARECEU NESTA NESTA UNIDADE POLICIAL, O NACIONAL JILMAR LIMA DA SILVA, QUE É O MOTORISTA DO ÔNIBUS ACANIA/MPOL PARADISO EM COMPANHIA DA PESSOA DE MARCOS SEU COLEGA DE DE TRABALHO, QUE SAIU DA CIDADE DE ARAÇARIGOMA-SP, COM DESTINO A CIDADE DE EXU- PE, COM 44 PASSAGEIROS, ENTRE ADULTOS E CRIANÇAS; QUE, NO DIA E HORA ACIMA DESCRITO, NA BR 116 NO KM 168, PRÓXIMO AO POVOADO SÃO BENTO, MUNICÍPIO DE CANUDOS - BA, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEICULO, QUANDO PENDEU PARA SUA ESQUERDA DE DIREÇÃO, NO QUE PROCUROU DE TODAS AS FORMAS PUXAR A DIREÇÃO PARA RETOMAR PARA A FAIXA DE ROLAMENTO, NO ENTANTO SEM ÊXITO, ATE QUE O VEICULO VEIO A TOMBAR NO ACOSTAMENTO DO LADO ESQUERDO DO SEU SENTIDO DE DIREÇÃO, ARRASTANDO-SE POR CERCA DE SEIS METROS, ACREDITANDO QUE POSSA TER HAVIDO PROBLEMA NO PNEU DIANTEIRO LADO ESQUERDO, QUE APOS O TOMBAMENTO O COMUNICANTE PROCUROU SINAIS DE TELEFONIA, QUE COMUNICOU O FATO AO DONO DA EMPRESA E TAMBÉM AS UNIDADES DE APOIO (POLICIA MILITAR, DPT, PRF), PARA SOCORRER AS VITIMAS, QUE NO LOCAL HOUE QUATRO VITIMAS FATAIS, QUE OS FERIDOS FORAM REMOVIDOS PARA UNIDADES HOSPITALARES DA REGIÃO. FEITO REGISTRO.

Endereço Principal: BR 116 KM 168 (PRÓXIMO AO POVOADO SÃO BENTO), RODOVIA, Canudos, BA - BR

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

JILMAR LIMA DA SILVA , Sexo Masculino, Mãe: MARIA JOSE DE LIMA, Pai: JOSE CORREIA DA SILVA NETO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Potiraguá (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em: 06/08/1971, Casado(a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: PENÉLOPE , Nº 18 , PARQUE WEY, ITAPEVI, SP - BR, Telefone Celular: 11943830839

Envolvimento

Comunicante

Objetos Envolvidos

Descrição

Envolvimento

CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 1ªDT EUCLIDES-BO-20-00192

Data: 21/01/2020 às 11:40h

Unidade:

Delegado: 126200158 - VITOR TENÓRIO LIMA

Objetos Envolvidos

VEI-20-03748 - Veículo: ÔNIBUS SCANIA/ MPOLO PARADISO
EM NOME DE TECATI TRANSPORTES E TURISMO LTDA EPP,
Espécie: ÔNIBUS, Placa: LPV3814, Cor: Prata, Ano: 2011/2011,
Categoria: Aluguel, Município: RIO DE JANEIRO Rio de Janeiro

Danificado

Pessoa Relacionada com o Objeto

Tipo de Relacionamento

Responsável: _____

VITOR TENÓRIO LIMA

Código de autenticidade da certidão: c70cee7c-8acd-42f3-8c57-d1d42057baf8

Para verificar a autenticidade desta certidão

acesse : <https://www.delegaciadigital.ssp.ba.gov.br/>

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
Ato Notarial ou de Registro
2057AB0353936
5865FGMV03
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade



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

NOME

SONIA MARIA ALCANTARA SILVA

CPF

246.636.544-87

MATRÍCULA

009688 01 55 2020 4 00005 123 0001698 12

GÊNERO
FEMININO

COR
PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE
SOLTEIRA, 60 ANOS

NATURALIDADE
MORENO-PE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
RG 1.854.295 OUTROS PE

ELEITOR
SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

MANUEL PAULINO DA SILVA
FRANCISCA ALCANTARA VIEIRA DA SILVA
RESIDÊNCIA: RUA 72, Nº 255, RIO DOCE, CEP 53090470, OLINDA-PE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

VINTE DE JANEIRO DE DOIS MIL E VINTE ÀS 15h00min

DIA MÊS ANO
20 01 2020

LOCAL DE FALECIMENTO

RODOVIA BR 116, KM 168, ZONA RURAL, CANUDOS / BA

CAUSA DA MORTE

AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DE PARTE DA CABEÇA, TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO, POLITRAUMATISMO, ACIDENTE DE TRÂNSITO (PASSAGEIRO)

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(município e cemitério, se conhecido)

CEMITÉRIO PÚBLICO MORADA DAS VERDES COLINAS-
MORENO/PE

DECLARANTE

MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA, 2.836.539 SDS/PE,
SOLTEIRO(A), GUIA DE TURISMO, residente RUA 72, Nº 255,
RIO DOCE, OLINDA-PE.

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr(a). JÚLIO CÉSAR FREIRE (CRM 27282)

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

Data do registro: 18 de Fevereiro de 2020. O falecido(a) deixou bens: Não, deixou filhos: Não.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	1.854.295	31/10/2014	OUTROS	
CEP Residencial	53090470			

* As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE RCPN DE CANUDOS

OFICIAL(A): ANDERSON MASCARENHAS SANTOS

MUNICÍPIO: CANUDOS-BA

ENDEREÇO: AV. SANTO ANTONIO, S/N, CENTRO, CEP: 48520-000

TELEFONE: (75) 99129-7324

E-MAIL: rccanudos@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
CANUDOS, BA, 18 de Fevereiro de 2020.

Célia de Medeiros Xavier Oliveira
Assinatura do Oficial(a)

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
SEDE DA COMARCA DE CANUDOS-BAHIA
Bel. Anderson Mascarenhas Santos - Registrador

Célia de Medeiros Xavier Oliveira
Escritor(a) Autorizada

ARPENBRASIL BA 007981046 BRP

MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA
R SETENTA E DOIS 255
CASA RIO DOCE
53090 - 470 OLINDA PE

Acesse sua conta e outros serviços:
No App Minha Claro
Na internet - minhaclearo.com.br
Pelo celular *1052#
No Atendimento Claro 1052
Para fatura em braille, ligue 1052
Para deficiente auditivo, ligue 08000362323

Veja aqui o que está sendo cobrado:		
1.Plano Contratado	R\$	54,99
2.Outros Lançamentos	R\$	1,28
Total	R\$	56,27

Período de Uso 2ª Via de Fatura **Vencimento**
de 09/02/2020 a 08/03/2020 25/03/2020

Valor pago na última conta: R\$ 56,18

1.Plano Contratado 81 99464 6406

Oferta Conjunta Claro MIX

Valor R\$
64,99

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: **24663654487** 4 - Nome completo da vítima: **SÔNIA MARIA ALCANTARA SILVA**

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

5 - Nome completo: **Marco Ednaldo Alves da Silva** 6 - CPF: **361-868-484-34**
7 - Profissão: **GUIA DE TURISMO** 8 - Endereço: **RUA SETENTA e DOIS** 9 - Número: **255** 10 - Complemento: **CASA 3**
11 - E-mail: **RIO DOCE** 12 - Cidade: **OLINDA** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **53090-470**
15 - Telefone: **MARCOSEDNALDOSILVA@HOTMAIL.COM** 16 - Celular: **81-99645-8063**

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 A 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: **3280** ☐ CONTA: **000322845** 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 impedido(a) de apresentar o laudo do Instituto Américo Lange (IML) para os fins de cobertura do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter a análise médica presencial, caso necessário, às ordens da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

Declaro que esta autorização não significa desistência ou renúncia à futura avaliação médica ou revisão do direito de contestar a avaliação médica, caso contrário do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **20/01/2020**
25 - Grau de Parentesco com a vítima: **COMPANHEIRO** 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **MARCO EDNALDO ALVES DA SILVA**
28 - Vítima teve filhos? ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **0** Falecidos: **0** 30 - Vítima deixou nascido(a) ou nascido(a)? ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **1** Falecidos: **0** 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se beneficiarem e aprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento na medida da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Olinda, 17 de Abril 2020
Marco Ednaldo Alves da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Fiscalizador (se houver)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.854.295 DATA DE EXPEDIÇÃO 31/10/2014

NOME << SONIA MARIA ALCANTARA SILVA >>

FILIAÇÃO << MANUEL PAULINO DA SILVA >>
<< FRANCISCA ALCANTARA VIEIRA DA SILVA >>

NACIONALIDADE MORENO - PE DATA DE NASCIMENTO 25/06/1959

DOC. ORDEM << CN.23018 L.32 F.15V CART.SEDE MORENO-PE. 13.10.1976 >>

CPF

Assinatura do Diretor
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE INTERIORES

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO

EC-9

Sonia Maria Alcantara Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome SONIA MARIA ALCANTARA SILVA

Nº de Inscrição 246636544-87 Data de Nascimento 25/06/59



2.836.539 06/11/2007

<< MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA >>

<< PEDRO FELIPE DA SILVA >>

<< MARIA DA CONCEIÇÃO ALVES DA SILVA >>

MORENO - PE 13/01/1965

<< CN.35968-L.42-FL.257V-CART.MORENO-PE-11.05.1987. >>

361.868.484-34

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 118 DE 2006/03

F-25 77.540

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

CAC-03

Assinatura do Titular

Marcos Ednaldo Alves da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **361.868.484-34**

Nome: **MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA**

Data de Nascimento: **13/01/1965**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **16:02:17** do dia **20/04/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **2B50.D751.E3BE.5C27**



Este documento não substitui o [“Comprovante de Inscrição no CPF”](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



SEGUNDO CARTÓRIO DE NOTAS DA COMARCA DE OLINDA – PERNAMBUCO
Rua Professor José Cândido Pessoa, nº 48, Bairro Novo, Olinda – PE. Tels.: 3439.1709 – 3439.3979

TRASLADO 1º
LIVRO Nº 313 – FOLHAS: 099/099v



Escritura pública de declaração de que fazem **IRENILDA NICÁCIO DE LIMA RIBAS e CLÁUDIA ROBERTA GOMES BARBOSA**, nos termos como logo adiante melhor se contém e declara:

S A I B A M, quantos este público Instrumento virem, que, no corrente ano de dois mil e vinte (2020), aos quatro (04) dias do mês de março, nesta Cidade de Olinda, Estado de Pernambuco, em meu Cartório, à Rua Professor José Cândido Pessoa, nº 48, Bairro Novo, perante mim, Tabelião Público, compareceram como outorgantes **DECLARANTES, IRENILDA NICÁCIO DE LIMA RIBAS**, casada, professora, portadora da Cédula de Identidade nº 639.060-9-Ministério da Defesa-Marinha do Brasil, inscrita no CPF/MF sob o nº 496.638.604-72, residente e domiciliada na Rua A-17, nº 372, Rio Doce, Olinda-PE., CPE 53150-230 e **CLÁUDIA ROBERTA GOMES BARBOSA**, solteira, professora, portadora da Cédula de Identidade nº 5.291.466-SDS/PE., inscrita no CPF/MF sob o nº 010.086.634-41, residente e domiciliada na Rua 72, quadra 11, bloco G, apt. 205, IV Etapa, Rio Doce, Olinda-PE., CEP 53090-470, reconhecidas como as próprias por mim, Tabelião, de acordo com os documentos de identificação que ora me exibem, de que trato e dou fé. E, perante mim, pelas **DECLARANTES** me foi dito que, por esta escritura e na melhor forma do Direito, vem, de livre e espontânea vontade, sem sofrer coação ou induzimento de espécie alguma, prestar, sob as penas da Lei, as seguintes declarações: **PRIMEIRA:** - Que, conhecem e afirmam que o Sr. **MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA**, brasileiro, solteiro, guia turístico, portador da Cédula de Identidade nº 2.836.539-SDS/PE., inscrito no CPF/MF sob o nº 361.868.484-34, residente e domiciliado na Rua 72, casa 255, IV Etapa, Rio Doce, Olinda-PE., CEP 53090-470, **conviveu em união estável, como se casado fosse**, de forma pública, contínua e duradoura, estabelecida com o objetivo de constituição de família, em união estável **por 31 (trinta e um) anos** sem que o relacionamento tenha sofrido qualquer interrupção com **SÔNIA MARIA ALCANTARA SILVA**, falecida em 20 de janeiro de 2020, de acordo com o que consta na certidão de óbito lavrada com matrícula sob o nº 009688 01 55 2020 4 00005 123 0001698 12, que em vida era solteira, portadora da Cédula de Identidade nº 1.854295-SDS/PE., inscrita no CPF/MF sob o nº 246.636.544-87. E, de como assim disseram, me pediram e eu, Tabelião, lhes lavrei este Instrumento, que lhes sendo lido em voz alta por mim, aceitaram, outorgaram e assinam, com a presença de **MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA**, que confirma as declarações prestadas nesta Escritura, **DISPENSADA** a presença de Testemunhas, de acordo com o que dispõe a Lei Federal nº 6.952, de 06-11-81, bem como o parágrafo 5º do art. 215 do código Civil de 2002; dou fé. **“FOI PAGA A TAXA DE QUE TRATA A LEI N. 11.404, DE 19/12/96; DOU FÉ”**. **Total das despesas: R\$ 225,69; sendo: R\$ 152,59 de emolumentos para lavratura; R\$ 33,91 para TSNR; R\$ 1,70 para FERM; R\$ 3,39 para FUNSEG; R\$ 16,95 para FERC; R\$ 7,63**



para ISS; e R\$ 9,52 para taxa de expediente. SICASE 0011811989. Eu, ANA VALKIRIA RANGEL DE OLIVEIRA MONTEIRO, Tabeliã Substituta, digitei e subscrevi, em testemunho (sinal) da verdade; dou fé. aa) IRENILDA NICÁCIO DE LIMA RIBAS//CLÁUDIA ROBERTA GOMES BARBOSA//MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA. Está conforme o original. Dou fé. "Foi paga a taxa de que trata a lei nº 11.404, de 19/12/96; dou fé".



SELO DIGITAL: 0150672.EFM02202001.01334, emitido em 04/03/2020 09:01:00, pelo Escrevente Autorizado, MARCIONILIO FILGUEIRA TAVARES MOREIRA JUNIOR, CÓDIGO DO ATO: 113. CONSULTE AUTENTICIDADE DO SELO em <https://www.tpe.jus.br/selodigital> (Provimento 01/2014 DJE 04/02/2014).

SUBSCREVO E ASSINO
Olinda, 03 de março de 2020

Em testemunho _____ da verdade; dou fé.

ANA VALKIRIA RANGEL DE OLIVEIRA MONTEIRO
Tabeliã Substituta



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0123687/20

Vítima: SONIA MARIA ALCANTARA SILVA

CPF: 246.636.544-87

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 20/01/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SONIA MARIA ALCANTARA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia

MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA : 361.868.484-34

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

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: 27/04/2020
Nome: MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA
CPF: 361.868.484-34

MARCOS EDNALDO ALVES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/04/2020
Nome: VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR
CPF: 024.548.534-18

VALDEIDES FRANCISCO DE PAULA JUNIOR