

---

**Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200200773**

**Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/07/2019**

**Cobertura: MORTE**

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

**Senhor(a), CARMEM CYBELE BARBOSA 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, 05 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200200773**

**Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/07/2019**

**Cobertura: MORTE**

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

**Senhor(a), MARIA JOSE BARBOSA 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, 09 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200200773**

**Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/07/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CARMEM CYBELE BARBOSA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o veículo causador do dano pessoal está excluído da cobertura pelo Seguro DPVAT, por não estar obrigado a registro e licenciamento, nos termos do Código de Trânsito Brasileiro, razão pela qual o seu pedido de indenização foi negado, conforme art. 40 da Resolução CNSP 332/15 e art. 12 da Lei 6.194/74.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



---

**Rio de Janeiro, 09 de Junho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200200773**

**Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA**

**Data do Acidente: 03/07/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o veículo causador do dano pessoal está excluído da cobertura pelo Seguro DPVAT, por não estar obrigado a registro e licenciamento, nos termos do Código de Trânsito Brasileiro, razão pela qual o seu pedido de indenização foi negado, conforme art. 40 da Resolução CNSP 332/15 e art. 12 da Lei 6.194/74.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:  
360063504-10 ADEMILTON JOSÉ DA 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: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):  
MIRIAM JOSÉ BARBOSA DA SILVA 360063504-10  
MILITAR Rua Manoel José Lima Alves Coelho 85 Cam  
Oliveira de Almeida Lins 55.700.000  
091-798812622

## 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: 19 - Profissão do Representante Legal:  
18 - CPF 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: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 56916  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa plena 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:

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:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 / Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 03 Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

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

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

40 - Local e Data, Lins (PE) 20-04-2020  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria José Barbosa da Silva  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

300.063.504-10

ADENILSON JOSÉ DA 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:

Carmem Cybele Barbosa da Silva

6 - CPF:

062.699.464-10

7 - Profissão:

Ido lar

8 - Endereço:

Rua: Pioneiros Quarta 163

9 - Número:

Cam Os Lot 29

11 - Bairro:

Jardim Atlântico

12 - Cidade:

Marica

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

24.934-305

15 - E-mail:

cybeleb28@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(21) 94001-4019

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR  
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00  
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2280

2

CONTA: 51691

0

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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 03.07.2019

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:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 / Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ainda não nasceu)? ☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 03 Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Marica, 15 de maio de 2020

x Carmem Cybele B. da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



CARTÓRIO 2º OFÍCIO - ELAINE DE AGUIAR MOURA SANTOIANI - Tabelião  
Rua da Moura, nº 11, Jd. Santa Cruz, Limoeiro, PE - CEP: 55000-000 - Telefone: (81) 3428-0099  
e-mail: cartorio2@tribunalpe.org.br

Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel a original, dou fé. *Elaine*  
ELAINE DE AGUIAR MOURA  
SANTOIANI (TITULAR) LIMOEIRO PE 26/12/2019 11:56  
Emol: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 0,68 FERC: R\$ 0,34 ISS: R\$ 0,17  
FERM: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,07 Op.: 3 Solo: 0073981  
AQY12201901.00310 Consulte autenticidade em: <http://Atpc.jus.br/selodigital>  
Consulte autenticidade de selo em: <http://www.atpc.jus.br/selodigital>

Consulte autenticidade de selo em: <http://www.atpc.jus.br/selodigital>

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0215000535

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/12/2019 às 11:59

Complementa o BO Número:

19E0215000296 -

Número do Aviso de Atendimento:

M10591468

**OUTRAS MORTES ACIDENTAIS (EXCETO HOMICÍDIO CULPOSO) - Culposos (Consumados)** que aconteceu no dia 3/7/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE MACHADOS, 11, SÍTIO LARANJEIRAS - Bairro: LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ CORREIA DE AZEVEDO (OUTRO)

JOSE ROGERIO SILVA (TESTEMUNHA)

SEVERINO CELESTINO ROSENO DE LIMA (TESTEMUNHA)

ADENILTON JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ADENILTON JOSE DA SILVA

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

ADENILTON JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - NIC: 099294 Sexo: Masculino

Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Pai: JOSE ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 21/12/1960 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 1969687/SDS/PE (RG), 30006350410 (CPF) Profissão: MOTORISTA

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, NAO INFORMADA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE ROGERIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: JOSEFA MARIA CUNHA SILVA Pai: FRANCISCO PORFIRIO DA SILVA Data de Nascimento: 11/2/1978

Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 2275424/SSP/PE (RG), 69875405434 (CPF) Profissão: VEREADOR(A)

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 1, FAZENDA LARANJEIRA SECA - CEP: 0 - Bairro: LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO CELESTINO ROSENO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA FATIMA DE LIMA Pai: CELESTINO ROSENO DE LIMA Data de Nascimento: 6/2/1961 Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL

MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 2074349/SSP/PE (RG) Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL



Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 1, SÍTIO LARANJEIRAS - CEP: 0 - Bairro: LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL.

JOSÉ CORREIA DE AZEVEDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 230, AVENIDA GERONIMO HERACLIO PE-090 - CEP: 55000-000 -  
Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL.

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

TRATOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ CORREIA DE AZEVEDO, que estava em posse do(a) Sr(a):  
ADENILTON JOSE DA SILVA  
Categoria/Marca/Modelo: TRATOR DE ESTEIRAS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Número  
de Série: SÉRIE 15-C-B-5802  
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: MARCA KOMATSU, ANO 1990 D-50-A SÉRIE 15-C-B-5802

### Complemento / Observação

A GUARNIÇÃO DA PMPE COMPOSTA PELO SGT GIVANILDO E SD ANTONIO, FOI INFORMADA PELO SR SEVERINO CELESTINO, QUE UMA ARVORE DE PORTE GRANDE HAVIA CAIDO EM CIMA DO CONDUTOR DO TRATOR QUE LIMPAVA UM TERRENO DA PREFEITURA NO SÍTIO LARANJEIRAS. APOS A GUARNIÇÃO CONSTATAR O FATO, INFORMOU A POLICIA CIVIL, ONDE COMPARECEMOS AO LOCAL E CONSTATAMOS QUE UMA ARVORE DO TIPO MULUNGU CAIU POR CIMA DO VEICULO TRATOR, CEIFANDO A VIDA DA VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO O CITADO VEICULO FAZENDO SERVIÇO DE PLANEAMENTO DO TERRENO. COM O APOIO DA PREFEITURA DE MACHADOS, UTILIZANDO DOIS TRATORES, FOI POSSIVEL AFASTAR A ARVORE E RETIRAR O CORPO DO LOCAL. APOS PROCEDIMENTOS CABÍVEIS O CORPO FOI ENCAMINHADO PARA O IML.

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

ADENILTON JOSE DA SILVA  
(VITIMA)

### Condutor da ocorrência:

Nome: GIVANILDO CESAR CORREIA

Cargo: SARGENTO - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 01034731 - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: 6ª. CIPM - 6ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR - LIMOEIRO

B.O. registrado por: AUGUSTO FERNANDES CORDEIRO DE ANDRADE - Matrícula: 3873064



**CARTÓRIO 2º OFÍCIO** - ELAINE DE AGUIAR MOURA SANTO IANNI - Tabelão  
Rua da Matriz, nº 52 - Bairro Centro - Limoeiro / PE - CEP: 55.000-000 - Telefones: (81) 3628-3899  
e-mail: cartorio2oficiolimoeiro\_elaine@yahoo.com.br

Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel a original, dou fé. *Elaine*  
SANTO IANNI (TITULAR) LIMOEIRO/PE 26/12/2019 11:56  
Emol.: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 0,88 FERC: R\$ 0,34 ISS: R\$ 0,17  
FERM: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,07 Op.: 3 Selo: 0073981.  
XNR12201901.00311 Consulte autenticada em: <http://tjpe.jus.br/selodigital>  
Consulte autenticidade do selo em: <http://www.tjpe.jus.br/selodigital>





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ªCIFIC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0215000296**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/07/2019 às 18:13**

Número do Aviso de Atendimento: **M10591468**

**OUTRAS MORTES ACIDENTAIS (EXCETO HOMICÍDIO CULPOSO) - Culposos (Causa externa)**  
aconteceu no dia **3/7/2019** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE MACHADOS, 11, SÍTIO LARANJEIRAS - Bairro:**  
**LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSE ROGERIO SILVA (TESTEMUNHA)**  
**SEVERINO CELESTINO ROSENO DE LIMA (TESTEMUNHA)**  
**ADENILTON JOSE DA SILVA (VITIMA)**

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

**ADENILTON JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - NIC: 099294 Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DE**  
**SILVA Pai: JOSE ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 21/12/1960 Naturalidade: LIMOEIRO/PERNAMBUCO/**  
**BRASIL Documentos: 1969687/SSP/PE (RG), 30006350410 (CPF) Profissão: MOTORISTA**  
**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, NAO INFORMADA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO**  
**LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
**Endereço Comercial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, - CEP: - Bairro: - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE ROGERIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA GONCALVES**  
**Pai: FRANCISCO PORFIRIO DA SILVA Data de Nascimento: 11/2/1973 Naturalidade: MACHADOS/PERNAMBUCO/**  
**BRASIL Documentos: 2275424/SSP/PE (RG), 69876405434 (CPF) Profissão: VEREADOR(A)**  
**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 1, FAZENDA LARANJEIRA SECA - CEP: 0 - Bairro:**  
**LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SEVERINO CELESTINO ROSENO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA**  
**FATIMA DE LIMA Pai: CELESTINO ROSENO DE LIMA Data de Nascimento: 6/2/1961 Naturalidade: MACHADOS**  
**PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2074349/SSP/PE (RG) Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL**  
**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 1, SÍTIO LARANJEIRAS - CEP: 0 - Bairro: LARANJEIRAS -**  
**MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

Complemento / Observação

A GUARNIÇÃO DA PMPE COMPOSTA PELO SGT GIVANILDO E SD ANTONIO, FOI INFORMADA PELO SR  
SEVERINO CELESTINO, QUE UMA ARVORE DE PORTE GRANDE HAVIA CAIDO EM CIMA DO CONDUTOR DO  
TRATOR QUE LIMPAVA UM TERRENO DA PREFEITURA NO SÍTIO LARANJEIRAS. APÓS A GUARNIÇÃO

ONSTATAR O FATO, INFORMOU A POLICIA CIVIL, ONDE COMPARECEMOS AO LOCAL E CONSTA QUE  
QUE UMA ARVORE DO TIPO MULUNGU CAIU POR CIMA DO VEICULO TRATOR, CEIFANDO A VIDA DE  
QUE ESTAVA CONDUZINDO O CITADO VEICULO FAZENDO SERVIÇO DE PLANEAMENTO DO TERRENO  
O APOIO DA PREFEITURA DE MACHADOS, UTILIZANDO DOIS TRATORES, FOI POSSIVEL EFETUAR A  
E RETIRAR O CORPO DO LOCAL. APOS PROCEDIMENTOS CABIVEIS O CORPO FOI ENCAMINHADO PARA O  
IML

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

**ADENILTON JOSE DA SILVA**  
(VITIMA)

Condutor da ocorrência:

Nome: **GIVANILDO CESAR CORREIA**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **01034731** - Prefixo da viatura: **-**

Operacional: **6º. CIPM - 6ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR - LIMOEIRO**

S.O. registrado por: **EDWARD NASCIMENTO JUBERT** - Matrícula: **3873684**





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

RELIGIOSO COM EFEITO CIVIL

NOMES

ADENILTON JOSÉ DA SILVA

CPF

300.063.504-10

MARIA JOSÉ BARBOSA NUNES

CPF

360.610.504-53

MATRÍCULA:

074138 01 55 1981 3 00003 032 0000961 91

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CONJUGES

ADENILTON JOSÉ DA SILVA, CPF/MF nº 300.063.504-10, nacionalidade brasileira, natural de Limoeiro-PE, nascido no dia 21 de dezembro de 1960, filho de JOSÉ ANTONIO DA SILVA (FALECIDO) e MARIA JOSÉ DA SILVA

MARIA JOSÉ BARBOSA NUNES, CPF/MF nº 360.610.504-53, nacionalidade brasileira, natural de Limoeiro-PE, nascido no dia 05 de maio de 1963, filho de AMADEU AUGUSTO NUNES e MARIA ALZIRA BARBOSA

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

Vinte e dois de junho de mil novecentos e oitenta e um.

DIA  
22

MÊS  
06

ANO  
1981

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS, conforme Escritura feita no cartório do 2º Ofício desta cidade no livro 161, fls.104/105.

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

MARIA JOSÉ BARBOSA DA SILVA

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEM

Ato registrado no livro B AUX-3, às folhas 32, sob o nº 961. Data do registro: 22 de junho de 1981. Data de celebração do Casamento Religioso com efeito civil: 13 de junho de 1981.

Anotação de óbito: ADENILTON JOSÉ DA SILVA faleceu a 03/07/2019. O óbito foi registrado nessa serventia, no Livro C-21, fls. 224, sob o nº 20996 em 05/07/2019. Limoeiro, 05 de julho de 2019 - o Oficial.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

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

Nome do Ofício

Registro Civil de Limoeiro

Oficial Registrador

Josefa de Sousa Arruda

Substituta

Maria do Amparo Oliveira de Andrade

Município/UF

Limoeiro

Endereço

Avenida Severino Pinheiro, 378

E-mail: cartoriolimoeiro@hotmail.com

CNPJ: 11.519.352/0001-74

Selo: 0074138.FUD11201901.00450

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

(válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização)



Emolumentos: R\$ 33,70 TSNR: R\$ 7,93 ISS: R\$ 1,98

FERT: R\$ 3,96 FERM: R\$ 0,40 FUNSEG: R\$ 0,79 Total: R\$ 48,78

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Limoeiro/PE, 08 de janeiro de 2020.

*Maria do Amparo O. de Andrade*  
Oficial do Registro Civil *Subst*

arpenpe AA 000390140 P





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DE LIMOEIRO  
**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME

**ADENILTON JOSÉ DA SILVA**

CTI  
300.063.504-10

MATRÍCULA:  
074138 01 55 2019 4 00021 224 0020996 01

SEXO <b>Masculino</b>	COR <b>Parda</b>	ESTADO CIVIL E IDADE <b>Casado, 58 anos</b>
NATURALIDADE <b>Limoeiro-PE</b>	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº 300.063.504-10, RG nº 1969687 SEDS/SDS/PE emitido em 03/07/2018	
		ELEITOR <b>Sim</b>

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA  
**Filho de José Antonio da Silva e de Maria José da Silva, (falecidos). Residência do falecido: Rua Almotacel Luis Domingos Carneiro, nº 85, Loteamento Stº Antonio, Limoeiro-PE.**

DATA E HORA DO FALECIMENTO  
**Três de julho de dois mil e dezenove, hora ignorada.**

DIA <b>03</b>	MÊS <b>07</b>	ANO <b>2019</b>
------------------	------------------	--------------------

LOCAL DE FALECIMENTO  
**Em Sítio Laranjeiras Machados-PE**

CAUSA DA MORTE  
**Politraumatismo por instrumento contundente**

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO  
**Cemitério São João Batista - Limoeiro-PE**

DECLARANTE  
**Carmem Cybelle Barbosa da Silva, nacionalidade Brasileira, RG nº 30.467.042-05 Detran-RJ, profissão do lar, estado civil solteira, residente à em Rio de Janeiro-RJ, filha do falecido**

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESOU(ARAM) O ÓBITO  
**Dr Marcos Alexandre Justino do Nascimento, CRM 9559**

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES A ACRESCER  
**Vide verso.**

ANOTAÇÕES DE CADASTRO  
CPF nº 300.063.504-10, RG nº 1969687 SEDS/SDS/PE emitido em 03/07/2018

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

Nome do Ofício  
Registro Civil de Limoeiro  
Oficial Registrador  
Josefa de Sousa Arruda  
Substituta  
Maria do Amparo Oliveira de Andrade  
Município/UF  
Limoeiro  
Endereço  
Avenida Severino Pinheiro, 378  
E-mail: cartoriolimoeiro@hotmail.com  
CNPJ: 11.519.352/0001-74

ATO GRATUITO

Selo: 0074138.CPD04201901.00344

Consulte autenticidade em [www.tipe.jus.br/selodigital](http://www.tipe.jus.br/selodigital).  
(válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização)



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Limoeiro/PE, 05 de julho de 2019.

Oficial do Registro Civil

**AUTENTICAÇÃO NO VERSO**

Cartório 3º ofício de Limoeiro PE

**Maria das Graças da Paz Pessoa de Moura**  
Tabelião Delegatária  
Cartório do 3º Ofício  
Limoeiro - PE

AA 000061393 P

arpenpe



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

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



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02  
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142  
Ouvidoria 0800 282 5599  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados  
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-  
Ligação Gratuita de Telefones Fixos  
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-  
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada  
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE  
MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO  
22/04/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA  
FISCAL  
14/04/2020

CONTA CONTRATO  
2051059010

TOTAL A PAGAR  
R\$ 4,81

DATA DA APRESENTAÇÃO  
14/04/2020  
NÚMERO DA NOTA FISCAL  
104150739

CLASSIFICAÇÃO  
RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

ENDEREÇO  
RUA ALMOTACEL JOSE LINS ALVES  
CARMELO 85 -OTACIO  
LEMON/LIMOEIRO -55700-000  
LIMOEIRO PE -

PERÍODO CONSUMO  
12/03/2020 a 14/04/2020

CONSUMO  
0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO  
2051059010

MÊS/ANO  
04/2020

TOTAL A PAGAR  
R\$ 4,81

VENCIMENTO  
22/04/2020

TALÃO DE PAGAMENTO  
Evite dobrar e perfurar ou  
rasurar.  
Este canhoto será usado em  
leitora ótica.

838500000008 048100110023 051059010104 147175168230



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Confirmação: 081-996686080  
081-994828698



**Dados do Cliente** Ampla Energia e Serviços S.A. | Praça Leont Ramos  
Niterói/RJ | CUPJ 13050071000158 Insc. Est 80046561

Nº DA INSTALAÇÃO 7992473-5 Nº DO CLIENTE 7992473-5

FELIPE GOULART DA SILVA  
RUA 49 00000-1129 qd 163 casa 02 JDM ATLAN - ITAIPUACU - MARICA  
RT - 09 14071 05 014663 1520

Grupo	Subgrupo
Classe B	B1
Subclasse	01-RESIDENCIAL
01-RESIDENCIAL NORMAL	
Tipo de Fornecimento	
Modalidade tarifária	BIFASICA

Dados da Conta	
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
26/05/2020	386,36
CONTA REFERENTE A	

Use este código para cadastro em Débito Automático: MAT/2020

Dados de Medição CONVENCIONAL		
Nº do medidor		
Leitura anterior		
Leitura atual	730	13/04/2020
Próxima leitura	1060	13/05/2020
Fator multiplicador		12/06/2020
Consumo do mês (kWh)		1.00
Número de dias		330

Histórico 7992473-5		
Mês/Ano	kWh	Dias
mai20		330
abr20		305
mar20		264
fev20		161
MEDIA		243

30 DIAS

Reservado ao Fisco					
Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Alíquota	ICMS
			9946,6609,6970,0042,6640,7500,0000		

ITEM	QTD. kWh	TARIFA	VALOR
Valor do Consumo do Mes	330 kWh	1.08536	358,16
Contr. Ilum. Pub. para a Prefeitura-COSIP			28,20



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 2280 2 CONTA: 51691 0 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 03.07.2019  
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:  
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 / Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro(vinascit)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 03 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.

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

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

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)








REPUBLICA ARGENTINA DE BOSON

08R 19

ESTADO DE PENALIDADES

ADONILTON JOSÉ DA SILVA

CARTÃO DE IDENTIDADE

  
**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas


**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

**Número**  
**300.063.504-10**

**Nome**  
**ADENILTON JOSE DA SILVA**

**Nascimento**  
**21/12/1960**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



**CÓDIGO DE CONTROLE**  
**EF4F.D8AD.CE0F.E8CE**

A autenticidade deste comprovante deverá  
ser confirmada na Internet, no endereço

**[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)**

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
às 09:13:29 do dia 28/06/2016 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156007/20

**Vítima:** ADENILTON JOSE DA SILVA

**CPF:** 300.063.504-10

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/07/2019

**Titular do CPF:** ADENILTON JOSE DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de casamento  
Certidão de óbito  
Documentos de identificação

### CARMEM CYBELE BARBOSA DA SILVA : 062.679.464-10

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

### MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA : 360.610.504-53

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

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/06/2020  
Nome: MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA  
CPF: 360.610.504-53

MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020  
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO  
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO