



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE OLHO D AGUA DAS FLORES/AL

Processo: 07002135820208020025

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **PENELOPE MARIA CONCEIÇÃO DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

OLHO D AGUA DAS FLORES, 11 de dezembro de 2020.

NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO
5624 - OAB/AL

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: DIEGO SILVA DE LIMA		CPF: 394 428 24850	Data do óbito: 15-07-2018
Estado Civil: ☒ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Casado ☐ Viúvo	Teve filhos? ☒ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar: N° vivos: 1 N° falecidos:	*Deixou nascituro? ☐ Sim ☒ Não
Deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☒ Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:		

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: PENELOPE MARIA CONCEIÇÃO DE LIMA	Grau de parentesco com a vítima: FILHA	CPF:
Local/data: MACEIO 25-09-2018	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): calaxa da conceição	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT

CONTEUDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854, Loja 17-MACEIO AL

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: EDJA MARIA DOS SANTOS	2 - Nome completo: PEDRO WELLINGTON DA SILVA
CPF: 017 400 064 29	CPF: 540169324 91
Local/data: MACEIO 25-09-2018	Local/data: MACEIO-AL 25-09-2018
Assinatura: Edja maria dos santos	Assinatura:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL - WABIO PEDRO DE NEVES


Polegar Direito



ALANA DA CONCEIÇÃO

ANALTA DA CONCEIÇÃO

OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL

CERTO BASC 12887 FLS 17 LIV A-13
OLHO D'ÁGUA DAS FLORES-AL

081.759.554-65

1 VIA

4035283-8

29/04/2015

23/11/1983

LEI Nº 7.118 DE 20/03/03

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ALANA DA CONCEIÇÃO

ANALTA DA CONCEIÇÃO

OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL

CERTO BASC 12887 FLS 17 LIV A-13
OLHO D'ÁGUA DAS FLORES-AL

081.759.554-65

1 VIA

29/04/2015

23/11/1983

LEI Nº 7.118 DE 20/03/03

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854, Loin 17-MACEIÓ/AL



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTES

AL N.º 291884996

DETAN - AL

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VEÍCULO: 20530793

PLACA: 20530793

ANILADO EM 1980

RUA DOS SANTOS

CENTRO

57370000 0-10

20530793

PLACA: 20530793

MODELO: 20530793

CHASSI: 20530793

ESPECIE TIPO: 20530793

MARCA/MODELO: 20530793

20530793

CATEGORIA: 20530793

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DATA: 19/08/80

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2018
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1866, Loja 17-IMACEI/AL

CONDOMINIO EDIFICIO REMBRANT

1 - EDJA MARIA DOS SANTOS

CNPJ: 01.874.389/0001-67

CFF: 017.400.064.29

Aquisição....: 01/05/2016 a 30/04/2017
 Férias.....: 01/04/2018 a 30/04/2018

Série CTPS.: 0040
 Número CTPS: 7682078
 Dias Férias.: 30

Trabalho.....: 01/05/2018
 do Recibo.....: 30/03/2018
 Base.....: R\$ 985,67

Dias Abono...: 0

Descrição	Referência	Proventos	Descontos
SALARIO FAMILIA FERIAS	1,00	31,71	
HORAS FERIAS	220,00	985,67	
1/3 DAS FERIAS	33,33	328,56	
INSS FERIAS	8,00		105,13
Totais.....:		1.345,94	105,13
Liquidos.....:		1.240,81	

Importância de (um mil duzentos e quarenta reais e oitenta e um centavos)
 e quitação das férias.

MACEIO, 30 de Março de 2018

EDIFICIO REMBRANT

EDJA MARIA DOS SANTOS



após

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CAIXA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: PEDRO WELLINGTON DA SILVA

FOTO: 

DOC. IDENTIFIC./CPF: 201001019840 SSP AL

CPF: 540.169.334-91

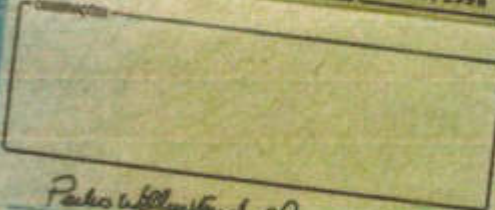
DATA DE NASCIMENTO: 29/06/1968

PLANO: MARTINIANO PEDRO DA SI
LVA
MARIA DE LOURDES SILVA

PERÍODO: 01/03/1998

VALOR: 13/12/2011

PREVIDÊNCIA: 16/07/1998

COMPROVAÇÃO: 

Assinatura: *Pedro Wellington da Silva*

LOCAL: MACEIO, ALAGOAS

DATA: 13/12/2016

Assinatura: *Alfredo Carlos Sousa*
Diretor Presidente

05609673611
AL018883512

DETAN - AL (ALAGOAS)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1416047308

PROIBIDO PLASTIFICAR
1416047308

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854 - Lj 17 - MACEIO/AL

**Detalhes do Veículo:**

Proprietário:	ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS
Placa:	MUF4752
Renavam:	205309933
Ano Fabricação:	1996
Ano Licenciamento	1998
Lacre:	0
UF Lacre:	
Marca/Modelo:	HONDA/CG 125 TITAN
Cor:	AZUL
Categoria:	PARTICULAR
Tipo:	MOTOCICLETA
Espécie:	PASSAGEIRO
Combustível:	GASOLINA
Roubo/Furto:	NAO
Restrição de Venda:	NAO
Número AR	

Detalhes de Débitos:

Ano	IPVA	Taxas	Manut. de vias	Seguro	Total
2013	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2014	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2015	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2016	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2017	0,00	105,00	0,00	0,00	105,00
2018	0,00	105,00	0,00	185,50	290,50
Total geral					815,50
Total Multas	0,00				
Vistoria	0,00				
Total Taxa Acidente	0,00				
Guincho	0,00				
Valor Diárias Deposito	(Referente a 0	diárias)	0,00		
Total dos Débitos	815,50				

Detalhes de Infrações: Nenhuma infração encontrada.DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854, Loja 17-MACEIÓ/AL

O UT R05

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354871/18

Vítima: DIEGO SILVA DE LIMA

CPF: 394.428.248-56

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DIEGO SILVA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

Sinistro: 318045 1030
Pré-Sinistro: 473939

FELIPE DA SILVA RAMOS : 084.835.534-22

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

PENELOPE MARIA CONCEICAO DE LIMA :

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ALANA DA CONCEICAO : 081.759.554-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018
Nome: FELIPE DA SILVA RAMOS
CPF: 084.835.534-22

FELIPE DA SILVA RAMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA
CPF: 091.128.924-08

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: ALANA DA CONCEIÇÃO
 Nacionalidade: BRASILEIRA
 Estado Civil: SOLTEIRA
 Identidade: 4035203-B
 CPF: 08175955465
 Profissão: AGRICULTORA
 Endereço: AV. SANTA CRUZ N. 428 OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - OL
 CEP: 5744200
 Telefone: ()

OUTORGADO:

Nome: FELIPE DA SILVA RAMOS
 Nacionalidade: BRASILEIRO
 Estado Civil: CASADO
 Identidade: 32466277 SCD5-M
 CPF: 08483553422
 Profissão: RECUSO
 Endereço: RUA MANOEL BARBOSA N. 28 OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - OL
 CEP: 5744200
 Telefone: ()



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: DEGO SILVA DE LIMA



Local e data

Alana da Conceição

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0354871/18

Vítima: DIEGO SILVA DE LIMA**CPF:** 394.428.248-56**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A**Data do acidente:** 15/07/2018**CPF de:** Próprio**Titular do CPF:** DIEGO SILVA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
 Certidão de nascimento
 Certidão de óbito
 Documentos de identificação
 Outros

FELIPE DA SILVA RAMOS : 084.835.534-22

Comprovante de residência
 Declaração Circular SUSEP 445/12
 Documentos de identificação
 Procuração

PENELOPE MARIA CONCEICAO DE LIMA :

Declaração de únicos herdeiros
 Documentos de identificação

ALANA DA CONCEICAO : 081.759.554-65

Autorização de pagamento
 Comprovante de residência
 Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/09/2018
 Nome: FELIPE DA SILVA RAMOS
 CPF: 084.835.534-22

FELIPE DA SILVA RAMOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2018
 Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA
 CPF: 091.128.924-08

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA



Rio de Janeiro, 28 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **ALANA DA CONCEICAO**

Nº Sinistro: **3180451030**

Vitima: **DIEGO SILVA DE LIMA**

Data do Acidente: **15/07/2018**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180451030**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13418402





Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2018

Carta nº: 13462568

A/C: ALANA DA CONCEICAO

Nº Sinistro: 3180451030
Vitima: DIEGO SILVA DE LIMA
Data do Acidente: 15/07/2018
Cobertura: MORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALANA DA CONCEICAO

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000004592

Conta: 0000014530-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 394.428.248-56	Nome completo da vítima DIEGO SILVA DE MORAES
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alma da Conceição	CPF titular da conta 081.754.554-65	Profissão Recebe
Endereço Rua Santa Cruz	Número 428	Complemento
Bairro Centro	Cidade Oliveira Paulista	Estado SP
Email	CEP 13.744-200	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECLUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 4592 D/V ☐ (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO.	
CONTA NRO. 14530 D/V 3 OK (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. D/V ☐ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Alma da Conceição 29 de Novembro de 2018
Local e Data



Alma da Conceição

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Comando do Policiamento do Interior
CPAI - I 7º BPM

fls. 141

431

F. ma da conta

Holmes e concubino

Boletim de Ocorrência Nº 43

4752-AL

v-2

N IDENT

v-3

XXXXXXXXXXXX

ROVIA ESTADUAL (AL-220), POVOADO MARRUA/SÃO JOSÉ DA TAPERA/AL

18:00

Dia da Semana DOMINGO

Data 15/07/2018

TIPOS	Capotamento	Tombamento	Incêndio	Saída de pista	Casa/muro	Choque:
	Colisão:	Abaloamento:	Atropelamento:	V. parado	Barranco/defensa	
	Frontal	Traseira	X Longitudinal	Transversal	Pedestre	Animal
					Árvore	Poste
						Outros

Condições presumíveis dos condutores:

	v1	v2	v3
Aparência normal			
Aparência sonolenta			
Sintomas de embriaguez			
Mal súbito			
Permaneceu no local	X		
Prestou socorro à vítima			
Evadiu-se do local		X	
Outras	X		

Classificação:

Com vítimas	X
Danos materiais	X

Tempo:

Claro	
Nublado	
Chuvoso	
Nevoeiro	
Outros	X

Luz:

Dia	
Entardecer	
Amanhecer	
Noite	X
Rodovia iluminada	
Rodovia sem iluminação	X

Pavimento:

Asfalto	X
Terra	
Concreto	
Calçamento	

V
1

Placa	MUF-4752-AL	Marca/modelo	HONDA/CG 125 TITAN		
Espécie:	Passeio	Coletivo	Moto	Outras	
	Táxi	Carga	Bicicleta		
Proprietário	ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS				
Endereço	XX				
Motorista	DIEGO SILVA DE LIMA				
Endereço	RUA DA CRUZ, S/N - CENTRO/OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL				
Data de nascimento	11/11/1987	Categoria CNH	XXXXXXXXXX		
Procedência e destino do veículo	SÃO JOSÉ DA TAPERA/AL A OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL				
Danos materiais	MÉDIA MONTA				
Leitura do bafômetro:	0,01 a 0,03	0,04 a 0,05	0,06 a 0,08	0,09 a 0,15	0,16

Validade do seguro	27/02/1998
RENAVAM	00205309933
Chassi	9C2JC250TTR011154

V
2

Placa	XXXXXXXXXXXX	Marca/modelo	NÃO IDENTIFICADO		
Espécie:	Passeio	Coletivo	Moto	Outras	
	Táxi	Carga	Bicicleta		
Proprietário	XX				
Endereço	XX				
Motorista	EVADIU-SE DO LOCAL				
Endereço	XX				
Data de nascimento		Categoria CNH	XXXXXXXXXX		
Procedência e destino do veículo	XX				
Danos materiais	XX				
Leitura do bafômetro:	0,01 a 0,03	0,04 a 0,05	0,06 a 0,08	0,09 a 0,15	0,16

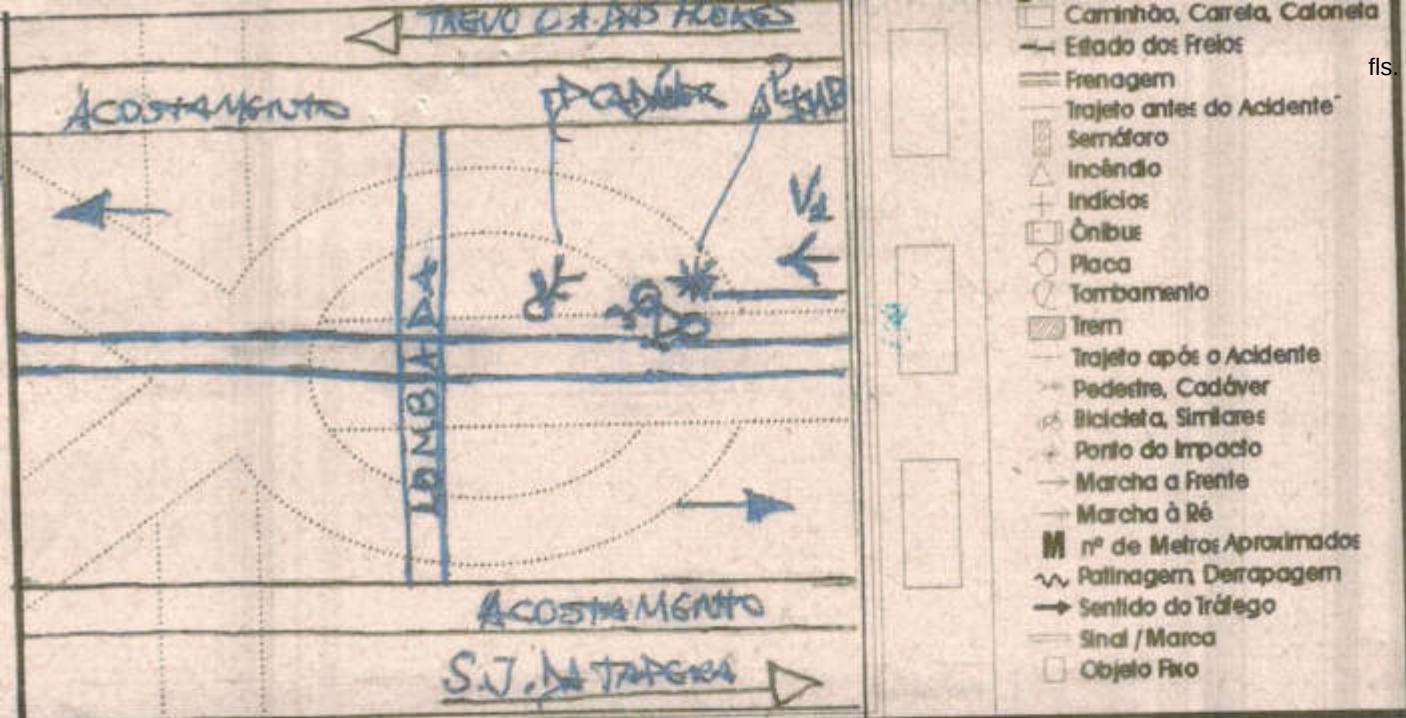
Validade do seguro	
RENAVAM	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Chassi	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Nº Habilitação	XXXXXXXXXXXX
Data de Habilitação	
Velocidade estimada	XXXXXX

V
3

Placa	XXXXXXXXXXXX	Marca/modelo	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		
Espécie:	Passeio	Coletivo	Moto	Outras	
	Táxi	Carga	Bicicleta		
Proprietário	XX				
Endereço	XX				
Motorista	XX				
Endereço	XX				
Data de nascimento		Categoria CNH	XXXXXXXXXX		
Procedência e destino do veículo	XX				
Danos materiais	XX				
Leitura do bafômetro:	0,01 a 0,03	0,04 a 0,05	0,06 a 0,08	0,09 a 0,15	0,16

Validade do seguro	
RENAVAM	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Chassi	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Nº Habilitação	XXXXXXXXXXXX
Data de Habilitação	
Velocidade estimada	XXXXXX

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NADJA ALVES WANDERLEY DE MELO e www2.tj.al.jus.br, protocolado em 14/12/2020 às 20:31, sob o número W0720700020195. Para conferir o original, acesse o site https://www2.tj.al.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0700213-58.2020.8.02.0025 e código 4A2D1B0.



Vítimas:

Nome	DIEGO SILVA DE LIIMA			Sexo:	Mas	☒	Fem
Endereço	RUA DA CRUZ, S/N - CENTRO/OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL			Nascimento	11/11/1987		
Morte:	no local	☒	posterior	Tipo:	pedestre	☐	condutor
						☒	passageiro
Nome	XX			Sexo:	Mas	☐	Fem
Endereço	XX			Nascimento			
Morte:	no local	☐	posterior	Tipo:	pedestre	☐	condutor
						☐	passageiro
Nome	XX			Sexo:	Mas	☐	Fem
Endereço	XX			Nascimento			
Morte:	no local	☐	posterior	Tipo:	pedestre	☐	condutor
						☐	passageiro

Testemunhas:

Nome	EUFRASIO DE LIMA
Endereço	CONJ. MANOEL FLORIANO DE ABREU, S/N - CENTRO/OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL
Nome	GEANO DOS SANTOS
Endereço	RUA 15 DE NOVEMBRO, 57 - CENTRO/OLHO D'ÁGUA DAS FLORES/AL
Nome	XX
Endereço	XX

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854, Lda 17-MACEIÓ/AL

Narrativa:

Segundo vestígios presentes no local do sinistro e relatos de testemunhas, V1(HONDA/CG 125 TITAN PLACA MUF-4752-AL) e V2(NÃO IDENTIFICADO), que se sabe, trata-se de um caminhão. Trafegavam na Rodovia Estadual(AL-220), no mesmo sentido direcional - São José da Tapera/AL à Olho D'Água das Flores/AL. Quando, nas imediações do Povoado Marruá, pertencente ao Município de São José da Tapera/AL, o condutor do V2 ao reduzir a velocidade do veículo, em razão da existência de um redutor de velocidade (LOMBADA), foi colidido na parte traseira pelo V1. Após o impacto o V1 tombou; Condutor do V2(NÃO IDENTIFICADO) evadiu-se do local com o veículo.

Informações: Largura da Pista = 7metros; Larguras dos Acostamentos 2metros.
No sinistro houve danos materiais no veículo. Todavia, o condutor do V1, Sr. DIEGO SILVA DE LIIMA teve óbito no local.

É necessário ressaltar que se fizeram presentes ao local do acidente: equipe do Instituto Médico Legal, Agentes da Polícia Civil (plantonistas do 34º DP de Santana do Ipanema-AL) para os procedimentos cabíveis.

Marcelo Roberto de Souza

Olho D'Água das Flores/AL, 13/08/2018

Márcio Jean Gomes da Silva - CAP QOC PM Mat. 94962

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Alagoas
COMARCA DE Olho d'Água das Flores
MUNICÍPIO DE "
DISTRITO DE "



- Rosa Maria de Lima Torres -

Oficial R. Borivã do Registro Civil

Nascimento N.º -10.348-

CERTIFICO que, às fls. -274-, do livro n.º -A-10-, de Registro de Nascimentos, foi levrado: hoje assento de DIEGO SILVA DE LIMA:

nascido em onze(11) de novembro(11) de mil novecentos e oitenta e sete(1987) às 09 horas e " minutos, em na Maternidade de São João de Acucar, Alagoas:

filho de Djalma de Lima:
natural de Alagoas:
e de Dona Maria Luiza da Silva:
natural de Alagoas:

Sendo avós paternos "
e Dona Maria José de Lima:
e avós maternos Victor Elói da Silva:
e Dona Margarida Maria da Conceição:
Foi declarante O genitor:
e serviram de testemunhas As constarem no termo:

Observações: Registro levado em 04 de julho de 1986
S 7
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 SET 2010
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1854 - Lda 17 - MACEIO/AL

O referido é verdade e dou fé.
Olho d'Água das Flores, AL, 09 de julho(07) de 19

Rosa Maria de Lima Torres
Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL E NOTAS DE CASAMENTO E NATURAIS

NOME:

DIEGO SILVA DE LIMA

Cópia não autenticada

CPF
394.428.248-56

MATRÍCULA:
002386 01 55 2018 4 00006 104 0004580 22

SEXO Masculino	COR Ignorada	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 30 anos
NATURALIDADE Pão de Açúcar-AL		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG Nº 466629345 SP, CPF Nº 394.428.248-56, Título de eleitor Nº 364561780159 zona 42 seção 91 da cidade de Olho d'Água das Flores-AL, CTPS Nº 90792 Série 00344-SP
		ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
Filho de Djalma de Lima e de Maria Luiza da Silva. Residência do falecido: Rua Santa Cruz, centro, Olho D'Água das Flores-AL.

DATA E HORA DE FALECIMENTO
Quinze de julho de dois mil e dezoito, às 18h15min.

DIA
15

MÊS
07

ANO
2018

LOCAL DE FALECIMENTO
Rod AL 220, Povoado Maruá, município de, São José da Tapera-AL

CAUSA DA MORTE
Politraumatismo, (Traumatismo Crânio - encefálico e hemorragia interna), Instrumento Contundente

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO
Cemitério Público desta cidade, Alagoas.

DECLARANTE
DJALMA DE LIMA, RG Nº 754326, CPF/MF Nº 525.178.104-00, profissão agricultor, estado civil solteiro, residente Rua Santa Antonio, nº 142, centro, nesta cidade/AL, pai do falecido

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO
Dr José Claudio Buarque de Gusmão, CRM 3026

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCER
Ato registrado no livro C-6, às folhas 104, sob o nº 4580. Data do registro: 17 de julho de 2018. Data do óbito: 15 de julho de 2018. Profissão do falecido: agricultor. Data de nascimento do falecido: 11 de novembro de 1987. Era portador do título de eleitor nº 364561780159, Zona 42, Seção 91. Solteiro. Não deixou bens nem testamento, era eleitor, deixou zero filhos maiores e dois filhos menores. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO				
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
CTPS	90792 Série 00344/SP			
RG	466629345			

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	364561780159	42/91	Olho	AL
CEP Residencial	57442-000			

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2018

* 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 - Único Ofício

Oficial Registrador
Sueli Bomfim de Oliveira

Município/UF
Olho d'Água das Flores/AL

Endereço
Rua da Assembleia, 30 - Centro



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Olho d'Água das Flores, 17 de julho de 2018.

[Assinatura]

Oficial AA 071211

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: 04/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALANA DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04592

CONTA: 000000014530-3

Nr. da Autenticação FB997AC31D6A0579



Distribuição Alagoas

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO 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: 6958027

MARIA APARECIDA DOS SANTOS

R SANTA CRUZ, 428 ,

CENTRO

57442000 OLHO D'AGUA DAS FLORES

AL

CÓDIGO ÚNICO 2962470	MÊS 06/2018	PERÍODO DE CONSUMO 22/05/18 a 21/06/18
CONSUMO (kWh) 98	VENCIMENTO 01/07/18	TOTAL A PAGAR R\$ 94,12

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



Distribuição Alagoas

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS

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

CNPJ: 12.272.084/0001-00

IE: 24007177-8

CÓDIGO ÚNICO 2962470	MÊS 06/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 94,12
-------------------------	----------------	----------------------------

836000000007.941200030000.000000002964.247006180050





TIM Celular S.A.
Av. Da Paz, 2262 - Sala 6
Maceió - Al
CNPJ: 04.206.050/0001-45 - IE: 24.104.713-7
CPF do Titular: 04.206.050/0001-45

R\$ 44,99
VENCIMENTO
25/05/2018
EMIÇÃO: 07/05/2018
POSTAGEM: 14/05/2018
NÚMERO: 3395260020
DÉBITO AUTOMÁTICO: 0000000003645533566010

FELIPE DA SILVA RAMOS
MANOEL BARBOSA, 28, CASA
CENTRO
57442-000 - OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL
CPF: 04.206.050/0001-45
CLIENTE: 164553346
ACESSO: 82 99610-2762

SERVIÇOS					VALOR
PLANOS CONTRATADOS					R\$ 44,99
FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	-	-	30,19
-	-	1	-	-	3,90
-	-	1	-	-	10,90
Total de Planos Contratados					44,99

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2013

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Paz, 1864, Loja 17-MACEIÓ/AL

TIM

Nome do Cliente: FELIPE DA SILVA RAMOS

Identificação de Débito Automático: 0000000003645533566010

Endereço: MANOEL BARBOSA, 28, CASA CENTRO, 57442-000 - OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL

CPF: 04.206.050/0001-45

DATA DE EMISSÃO: 07/05/2018

DATA DE VENCIMENTO: 25/05/2018

VALOR: R\$ 44,99

VIA BANCO

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

NOTA FISCAL DE SERVIÇOS DE TELECOMUNICAÇÕES
NÚMERO: 000.074.700

ENDEREÇO FISCAL
FELIPE DA SILVA RAMOS
CPF: 04.206.050/0001-45
MANOEL BARBOSA, 28, CASA
CENTRO
57442-000 - OLHO D'ÁGUA DAS FLORES - AL

Tim Celular S.A.
Av. Da Paz, 2262 Sala 6 Maceió AL
CNPJ: 04.206.050/0001-45 - IE: 24.104.713-7

EMIÇÃO: 07/05/2018
REFERÊNCIA: MAI/2018
PERÍODO: 07/04/2018 A 06/05/2018
CFOP: 5.307

ITEM	QUANTIDADE	ICMS	PIS/COFINS	VALOR
1. Franquia TIM Controle Light Plus	1	30%	3,65%	30,19
ICMS				9,06
PIS/COFINS Serviço de Telecom				

Reservado ao Fisco: 3604,9833,5469,621,6070,3843,38C3,FF7E

Alíquota 30%	Alíquota 3,65%
Base de Cálculo R\$30,19	

IMPOSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST	RS 9,20
ICMS	30%	RS 30,19	RS 9,06	FUNTEL	RS 0,10
PIS/COFINS - Serviço Telecom	3,65%				
PIS/COFINS - Serviço Não Telecom	9,25%				

Em atendimento à Lei 12.741/2012
As contribuições do PUST (PIN) e FUNTEL (RSU) não são representadas na tarifa.

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

CONTA ONLINE TIM

Você pode ver sua conta detalhada online, com toda a comodidade e segurança. Consulte gráficos de consumo e muito mais! Sempre que desejar acesse meutim.com.br.

Central de Atendimento: 1055

Mude agora mesmo para a Conta Online TIM. Ela é prática e segura e só você consulta através do Meu TIM. Você receberá notificações quando sua conta estiver disponível e próximo à data de vencimento.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu FELIPE M SILVA RAMOS inscrito (a) no CPF/CNPJ 084 835 534 / 22 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário PERNELOPS MARIA CANCELOS DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ do sinistro de DPVAT cobertura MORTE da Vítima PIEGO SILVA DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 394 428 248 / 56, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: advogado Renda: plena e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA MANOEL BALBOA</u>		Número <u>28</u>	Complemento
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>OLHO D'ÁGUA DAS FLORES</u>	Estado <u>RN</u>	CEP <u>57442-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Maio de 16 de Setembro de 2018
Local e Data

Felipe da Silva Ramos
Assinatura do Declarante

