



REGISTRO GERAL
60.440.433-5 1 Via
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 DATA DE EMISSÃO 09/10/2015

NOME
MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO
 CICERO PEDRO DO NASCIMENTO
 ELIANE BENEDITA DA SILVA

NATURALIDADE
 IBATEGUARA - AL

DATA DE NASCIMENTO
 24/07/1987

DOC ORDEM
 IBATEGUARA - AL CNVLA15/FLS 196 Nº12655

CPF
 062054754/56

ASSINATURA DO DIRETOR
 (Assinatura)
 Nº 7.118 DE 28/08/93

NÃO PLASTIFICAR

8220-6
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUILBERTON DAUT

POLEGAR DIREITO

(Assinatura)

ASSINATURA DO TITULAR
 (Assinatura)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

4457447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTILHA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIFICADOR (Outra Carteira)
 31472050 RSP/AL

CPF
 062.054.754-56

DATA DE NASCIMENTO
 24/07/1987

FILIAÇÃO
 CICERO PEDRO DO NASCIMENTO
 ELIANE BENEDITA DA SILVA

VA
 3A

VALIDADEZ
 08/07/2014

EXPIRACAO
 30/10/2009

04800102443

ASSINATURA DO TITULAR
 (Assinatura)

DATA DE EMISSÃO
 19/11/2010

8477814653
 8442968726

DETRAN-SP (SAO PAULO)

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Moutinho Rêde de Moutinho

Loc. Nasc. Brasão de Armas Est. AL Data 24/01/51

Filição Ative Rêde de Moutinho e Rêde

Doc. Nº 26.319.282-550/AL

ESTRANGEIROS

Doc. Ident. Nº

Chegada ao Brasil em

Exp. em

Obs. SRTE

Data Emissão 07 DEZ 2009

Assinatura do Funcionário



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 067518 Série 000.33 AL

Moutinho Rêde de Moutinho
ASSINATURA DO PORTADOR



218

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
495.412.518-97

Nome
EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento
11/09/2012

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

Nome
VALERIA MARIA DA SILVA

CPF
60038441 889/SP

DATA INSCRIÇÃO
04/04/1994

Filiação
SEBASTIAO JOAO DA SILVA
A
MARIA JOSE DA SILVA PT
LHA

Revista
AR

CPF
06710599800

VALIDADE
08/04/2021

RENOVAÇÃO
27/09/2016

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1537332051

VALERIA MARIA DA SILVA

LOCAL
SALTO, SP

DATA EMISSÃO
17/10/2017

SÃO PAULO

23154860849
89757726119

RECIBO DE RECEITA DE RENDAS

POLEGAR DIREITO

Valeria Maria Da Silva

ASSINATURA OU IMPRESSÃO ORIGINAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM A PRESENÇA DO PEGUEIRO

RECIBO DE RECEITA DE RENDAS

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

VALERIA MARIA DA SILVA

CITIZANIA ☐ **00000000000000000000000000000000** **CPF** ☐ **00000000000000000000000000000000**

REGISTRO ☐ **00000000000000000000000000000000** **22/05/2014**

Valeria Maria Da Silva

CÓDIGO DE CONTROLE
507E.3B13.C097.DEC7

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 11:48:09 do dia 10/05/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
117.152.034-45

Nome
VALERIA MARIA DA SILVA

Nascimento
04/04/1984

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICAPO BUMBLETON DAUT

0220-6

POLEGAR DIREITO

49497154

Assinatura do Titular

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 60.038.441-X 1 via

DATA DE EMISSÃO 19/06/2015

NOME VALERIA MARIA DA SILVA

FUNÇÃO

SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA

MARIA JOSÉ DA SILVA FILHA

NATURALIDADE

S. JOSÉ DA VALE - AL

DATA DE NASCIMENTO 04/04/1994

DOC. ORDEM

IBATEGUARA AL IBATEGUARA CN: LVAD16/RT SP083/Nº 13405

CNP 117152034/45

Assinatura do Titular

Assinatura do Proprietário

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Valeria Maria da Silva
 Loc. Nasc. SE 12 1948 Est. AL Data 04 04 1994
 Filiação Sebastião José da Silva
Valeria José da Silva Filho
 Doc. Nº EN 13 NOV PS 083 IV A 14

ESTRANGEIROS

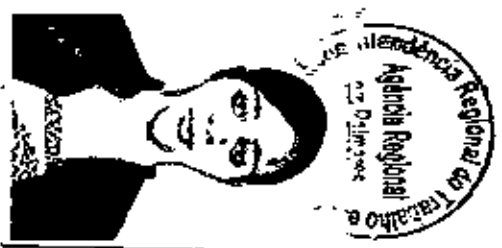
Chegada ao Brasil em 1 1994 Doc. Ident. Nº 1
 Exp. em 1 1994 Estado AL
 Obs. 2012 SRTE AG. PALMARES
 Data Emissão 20 10 2012
Roberto da Silva
Chefe da Agência
Assinatura: 07703908



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
 CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 17098 Série 00109

Valeria Maria da Silva
 ASSINATURA DO PORTADOR





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

120.786.174-07

Nome

LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

Nascimento

15/04/2005

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

1501.181E.C1F1.9809

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

www.receita.fazenda.gov.br

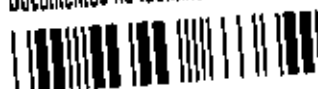
Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:07:06 do dia 12/03/2013. (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

Documentos de Identificação





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 60.440.433-5 1 via DATA DE EXPEDIÇÃO 09/10/2015

NOME **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**

FILIAÇÃO **CICERO PEDRO DO NASCIMENTO**

ELIANE BENEDITA DA SILVA

NATURALIDADE **IBATEGUARA - AL**

DOC ORDEM **IBATEGUARA - AL ONYLAIS JLS 196 Nº12655**

CPF **12957168121**

DATA DE NASCIMENTO **24/07/1987**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

062054754/56

NÃO PLASTIFICAR

8220-6

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUHT

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

445747

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**

DOC. IDENTIDADE / OUT. ORDEM / UP **31472850 889/AL**

CPF **062.054.754-56**

DATA NASCIMENTO **24/07/1987**

FILIAÇÃO **CICERO PEDRO DO NASCIMENTO**

ELIANE BENEDITA DA SILVA

VA **VA**

PROFISSÃO **PROFISSÃO**

ACC **ACC**

CC. TÍTUL **CC. TÍTUL**

VALÊNCIA **08/07/2014**

DATA HABILITAÇÃO **30/10/2009**

04800109443

ASSINATURA DO TITULAR

DATA EMISSÃO **19/11/2010**

LOCAL **SAO PAULO, SP**

84775814653

SP422868728

DETTRAN-SP (SAO PAULO)

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Marcos Felipe de Maciel

Loc. Nasc. Brasileira Est. Al Data 24/01/81

Filiação Cláudio de Maciel e Elvira

Doc. Nº RG 35472850-5501 AL

ESTRANGEIROS

Doc. Ident. Nº

Chegada ao Brasil em

Exp. em

Obs. SRT

Data Emissão 07 DEZ 2009

Assinatura do Funcionário



CONTINUAÇÃO

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 067518 Série 00025 AL

Marcos Felipe de Maciel
ASSINATURA DO PORTADOR





ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:53:46

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 15:04:15 do dia 28/06/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
A0EF.64BD.E3AZ.B656

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:53:46

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
495.412.518-97

Nome
EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento
11/09/2012

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:53:46

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Estado de Alagoas
Ibateguara

Serviço de Registro Civil e Notas de Ibateguara

Certidão de Nascimento

Certifico que às fls. 48 sob o nº 19667, do livro nº A-20 de assentamentos de nascimentos está registrado o de

LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

do sexo masculino, ocorrido no Hospital São Vicente de Paulo em União dos Palmares - Alagoas., no dia quinze de abril de dois mil e cinco, às 18:40 horas.

O registrando é filho

de MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO
natural de Ibateguara - AL
e de MIRIAN BALBINO DA SILVA
natural de São José da Laje - AL

sendo --

paternos Cícero Pedro do Nascimento
e Eliane Benedita da Silva
maternos
e Maria Balbino da Silva

Observação: registro feito no dia 16 de novembro de 2005.

O referido é verdade e dou fé.

Ibateguara, 16 de novembro de 2005

Ilma. Maria Teresa de Figueiredo

AX386723



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: A ALAGOAS

MUNICÍPIO DE: IBATEGUARA

1º DISTRITO DE: IBATEGUARA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 13.406
13.406

Eu, Divanilza Pereira de Oliveira OFICIAL do

REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 083 Vs. do livro "A" 16 do registro de nascimento, foi feito o assento de VALERIA MARIA DA SILVA x. x.

nascido no dia 04 (quatro) de Abril

de 1994 (mil novecentos e noventa e quatro) x. x.

às 24:30 (vinte e quatro e trinta) horas, em São José da Lage- Al no

Hospital Douglas Buarque do sexo Feminino

filho de Sebastião João da Silva, Trabalhador Rural Alagoano

e Maria José da Silva Filha, Doméstica Alagoana.

sendo avós paternos João Caetano Fernandes x. x.

Josefa Maria da Silva. (falecida) x. x. x.

e maternos x. x. x. x.

e x. x. x. x.

Foi declarante O genitor. x. x. x.

e serviram de testemunhas Maria Marlene Prazeres. x. x.

e Maria Nadalena Leal. x. x.

OBSERVAÇÕES: Registro feito na forma da Lei 6015 de 31.12.74.

x. x. x. x.

x. x. x. x.

x. x. x. x.

Registrado em 29 de Abril de 1994. x. x.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Divanilza Pereira de Oliveira

O REFERIDO É VERDADE E DOU Oficial Substituta

Ibateguara - Alagoas

Ibateguara- Al 28 de Abril de 19 94

Divanilza Pereira de Oliveira
Oficial

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



Documentos de Identificação



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

120.786.174-07

Nome

LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

Nascimento

15/04/2005

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

1501.181E.C1F1.9809

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

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:07:06 do dia 12/03/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

Documentos de identificação



ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

218



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
495.412.518-97

Nome
EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA SILVA

Nascimento
11/09/2012

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
UNIDADE NACIONAL DE HABITAÇÃO

Nome: VALERIA MARIA DA SILVA

CPF, ENTIDADE / ORG. EMISORA / UF: 60038441 SP/SP

CPF: 117.152.034-45 DATA NASCIMENTO: 04/04/1994

FILHO(A): SEBASTIAO JONAS DA SILVA
A MARIA JOSE DA SILVA FI
LRA

PERMISSÃO: [] ACT: [] CAT. HAB: AD

UF RESIDENTE: 06710599800 UNIDADE: 08/04/2021 1ª HABITAÇÃO: 27/09/2016

Observações:

FEAR

Valeria Maria Da Silva

LOCAL: BALTO, SP DATA EMISSÃO: 17/10/2017

Assinatura: [Assinatura]

33134860849
87757726119

SÃO PAULO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1537332051

PROTEIDO PLASTIFICAR 1537332051

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

RECIBO DE RECEITA FEDERAL DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Assinatura manuscrita: Valeria Maria Da Silva

VALIDO SOMENTE COM A ASSINATURA MANUSCRITA

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

CÓDIGO DE CONTROLE
607E.3B13.C097.DEC7

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:48:08 do dia 10/05/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

RECIBO DE RECEITA FEDERAL DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

VALERIA MARIA DA SILVA

CNPJ 04/1994-0385 6972 1716

016 0982

INTEGRAL

22/05/2019

Assinatura manuscrita: Valeria Maria Da Silva

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
117.152.034-45

Nome
VALERIA MARIA DA SILVA

Nascimento
04/04/1994

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MICAEL GUMBERTON DAUNT

8220-6

POLETA DE DENTISTO

48597154

Assinatura do Titular

CARTERA DE IDENTIDADE

NÃO PLASIFICAR

REGISTRO GERAL 60.038.441-X 1 via DATA DE EMISSÃO 19/06/2015

NOME VALERIA MARIA DA SILVA

Função SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA

MARIA JOSÉ DA SILVA FILHA

NATURALIDADE: SÃO JOSÉ DA LAGE - AL

DATA DE NASCIMENTO 04/04/1994

DOC OPOCEN

IBATEGUARA AL IBATEGUARA ON-LV/AD16/R/SP083/Nº13406

CNP 117152034/45

Assinatura do Diretor

Lei Nº 7.116 DE 29/09/83

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

ASL-0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:33

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome VALERIA MARIA DA SILVA
Loc. Nasc. SÃO PAULO - SP Est. PA Data 04 04 1994
Filiação SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA
MARIA JOSE DA SILVA FILHO
Doc. Nº EN-13406 AS 083 LIV A-16

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs. 2012 SRTE AG. PALMARES
Data Emissão 20 / 04 2012
Assinatura do Chefe da Agência

Assinatura do Chefe da Agência



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 13098 Série 00109

Valéria Maria Da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA DE SEGURANÇA
REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

Polígrafo Direto



Antônio Roberto da Silva Souza

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

200940-0

21/03/2018

ANTÔNIO ROBERTO DA SILVA SOUZA

ARTUR FRANCISCO DE SOUZA
MARIA BALBINO DA SILVA

SÃO JOSÉ DA LAJE - AL

12/05/1991

CERTO CAS 800 FLS 114 LIV B5
IBATEGNARA - AL

102.694.414-76

2 VZA

Paulino
ROMELINHO DE ABRILDA NASCIMENTO
COPIA BRANCA E REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

P 34

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

ASL-0126388/20
fentanilapintolos
02/07/2020 15:49:53

ASL-0126388/20
fentanilapintolos
02/07/2020 15:49:53

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SAO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICACAO POLICIAL QUARENTON DUANT

8220-6

POLEDAI DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

Valeria Maria Da Silva

CURTURA DE DENTIDADE

NAO PLASTIFICAR

ASL-0126388/20
fentanilapintolos
02/07/2020 15:49:53

ASL-0126388/20
fentanilapintolos
02/07/2020 15:49:53

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CEMAL

60.038.441-X 1 via

DATA DE EMISSÃO 19/06/2015

NOME VALENTIA MARIA DA SILVA

RAÇÃO

SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA

MARIA JOSÉ DA SILVA FILHA

NATURALIDADE

S. JOSÉ DA LAGE - AL.

DATA DE NASCIMENTO 04/04/1994

DOC CEMCAL

IBATEQUARA AL IBATEQUARA ON: 14/01/16/FLSP083/1613406

CPF 117152034/45

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 2009 (RGS)

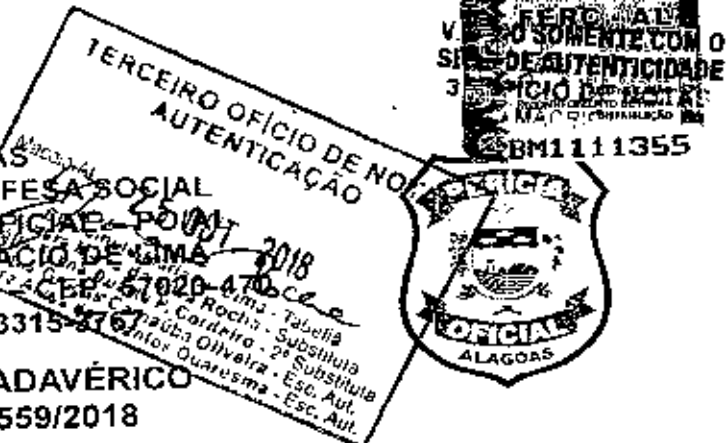
ASL-0126388/20
fentanilapintolos
02/07/2020 15:49:53

ASL-0126388/20
fentanilapintolos
02/07/2020 15:49:53



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA GERAL DA PERÍCIA OFICIAL - P.O.M.
INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA
Rua Zacarias de Azevedo s/nº, Prado
Fones: (82) 3315-2291 / (82) 3315-2767

**LAUDO DE EXAME CADAVERÍCO
PROTOCOLO Nº 0559/2018**



VERIFICADO SOMENTE COM O
SISTEMA DE AUTENTICIDADE
3
BM1111355

Aos 02 dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Maceió, no INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA, às 15:00 horas, presente a doutora MARIA GORETTI PRAXEDES LEAL, Perita Médica Legista da Diretoria Geral da Perícia Oficial de Alagoas, abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto Médico Legal, e de acordo com o disposto na Lei número 11.690 de 09.06.2008, para realizar o exame pericial em um corpo de um indivíduo do sexo masculino identificado como sendo: **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**, a fim de ser atendida a Requisição sem número/2018 – **DELEGACIA DE IBATEGUARA/AL**, descrevendo, com verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrou, descobriu e observou, bem assim, para responder aos seguintes quesitos: **1º - se houve morte?; 2º - qual a causa da morte?; 3º - qual o instrumento ou meio que produziu a morte?; 4º - se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)?**. Em consequência, passou a perita a fazer os exames e investigações que julgou necessário, findo o qual declarou o seguinte: Exame pericial realizado no corpo de indivíduo do sexo masculino, e cujo registro de número **0559/2018**, deste Instituto, consta como sendo de: **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**, alagoano, pedreiro, nascido em 24/07/1987, filho de Cícero Pedro do Nascimento e de Eliane Benedita da Silva, residente na Rua – José Alves, nº 56, Centro, Ibateguara/Alagoas.

HISTÓRICO:

Vítima de acidente de trânsito: colisão moto x caminhão na madrugada de ontem, faleceu na residência de uma amiga na manhã de ontem, em Ibateguara.

INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver do sexo masculino, de cor parda, medindo 170 cm. Trajando calça preta com listras amarela e cueca box branca. Tem íris de cor castanho-escuro. Tem cabelo curto, cacheado, castanho-escuro. Tem bigode e cavanhaque castanho-escuro. Como lesões externas de interesse médico-legal, observa-se: Escoriações nas regiões: Fronto parietal esquerda; zigomática esquerda; narina esquerda do ombro e 1/3 superior braço esquerdo; mão esquerda; joelho esquerdo e punho direito.

INSPEÇÃO INTERNA:

Realizado a incisão bimastoidica, rebatido o couro cabeludo de frente para trás e serrado em cunha a calota craniana, observa-se: Fratura craniana na região temporo parietal direita. Presença de coágulos e sangramento (300 ml). Realizado a incisão xifopubiana, rebatidos os retalhos miocutâneos e retirado o plastrão condroesternal, observa-se: Cavidade toraco abdominal normal. O corpo foi recomposto após rafia das incisões.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Diante dos achados da necropsia, a perita pode concluir que o indivíduo foi a óbito por Traumatismo Crânio Encefálico, por ação de instrumento contundente.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

AO 1º: Sim.

AO 2º: Traumatismo Crânio Encefálico.

AO 3º: Ação de Instrumento Contundente.

AO 4º: Prejudicado.

Nada mais havendo a respeito do assunto, deu-se por encerrado o presente laudo, que vai assinado pela Médica Legista. Eu, Ednalva Marcia Moura Ventura, o digitei e assino. Maceió, aos 05 dias do mês de abril do ano de 2018.

**CONFERIDO PELO
ORIGINAL**

PERÍCIA OFICIAL DO ESTADO DE ALAGOAS
Manoel Messias M. Melo Filho
Perito Geral
Tel. 300.728-8 - P.O.M.

Dra. Maria Goretti Praxedes Leal
Perita Médica Legista



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
DIRETORIA GERAL DA PERÍCIA OFICIAL - P.O.M.T.
INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA
Rua Zacarias de Azevedo s/nº, Prado
Fones: (82) 3315-2291 / (82) 3315-5767

LAUDO DE EXAME CADAVERÍCO
PROTOCOLO Nº 0559/2018

FERROVIAL
V. 3
SI. 3
DE AUTENTICIDADE
3
CÓPIA
BM1111355



Aos 02 dias do mês de abril do ano de 2018, nesta cidade de Maceió, no INSTITUTO MÉDICO LEGAL ESTÁCIO DE LIMA, às 15:00 horas, presente a doutora MARIA GORETTI PRAXEDES LEAL, Perita Médica Legista da Diretoria Geral da Perícia Oficial de Alagoas, abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto Médico Legal, e de acordo com o disposto na Lei número 11.690 de 09.06.2008, para realizar o exame pericial em um corpo de um indivíduo do sexo masculino identificado como sendo: **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**, a fim de ser atendida a Requisição sem número/2018 – **DELEGACIA DE IBATEGUARA/AL**, descrevendo, com verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrou, descobriu e observou, bem assim, para responder aos seguintes quesitos: **1º - se houve morte?; 2º - qual a causa da morte?; 3º - qual o instrumento ou meio que produziu a morte?; 4º - se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura, ou por meio insidioso ou cruel (resposta especificada)?**. Em consequência, passou a perita a fazer os exames e investigações que julgou necessário, findo o qual declarou o seguinte: Exame pericial realizado no corpo de indivíduo do sexo masculino, e cujo registro de número **0559/2018**, deste Instituto, consta como sendo de: **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**, alagoano, pedreiro, nascido em 24/07/1987, filho de Cícero Pedro do Nascimento e Je Eliane Benedita da Silva, residente na Rua – José Alves, nº 56, Centro, Ibateguara/Alagoas.

HISTÓRICO:

Vítima de acidente de trânsito: colisão moto x caminhão na madrugada de ontem, faleceu na residência de uma amiga na manhã de ontem, em Ibateguara.

INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver do sexo masculino, de cor parda, medindo 170 cm. Trajando calça preta com listras amarela e cueca box branca. Tem íris de cor castanho-escuro. Tem cabelo curto, cacheado, castanho-escuro. Tem bigode e cavanhaque castanho-escuro. Como lesões externas de interesse médico-legal, observa-se: Escoriações nas regiões: Fronto parietal esquerda; zigomática esquerda; narina esquerda do ombro e 1/3 superior braço esquerdo; mão esquerda; joelho esquerdo e punho direito.

INSPEÇÃO INTERNA:

Realizado a incisão bimaistoidea, rebatido o couro cabeludo de frente para trás e serrado em cunha a calota craniana, observa-se: Fratura craniana na região temporo parietal direita. Presença de coágulos e sangramento (300 ml). Realizado a incisão xifopubiana, rebatidos os retalhos miocutâneos e retirado o plastrão condroesternal, observa-se: Cavidade toraco abdominal normal. O corpo foi recomposto após rafia das incisões.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES:

Diante dos achados da necropsia, a perita pode concluir que o indivíduo foi a óbito por Traumatismo Crânio Encefálico, por ação de instrumento contundente.

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- AO 1º: Sim.
- AO 2º: Traumatismo Crânio Encefálico.
- AO 3º: Ação de Instrumento Contundente.
- AO 4º: Prejudicado.

Nada mais havendo a respeito do assunto, deu-se por encerrado o presente laudo, que vai assinado pela Médica Legista. Eu, Ednalva Marcia Moura Ventura, o digitei e assino. Maceió, aos 05 dias do mês de abril do ano de 2018.

Dra. Maria Goretti Praxedes Leal
Perita Médica Legista

CONFERIDO PELO ORIGINAL

PERÍCIA OFICIAL DO ESTADO DE ALAGOAS
Manoel Messias M. Melo Filho
Perito Geral
Mol. 300.728-9 - P.O.M.T.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0412362/18

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do acidente: 01/04/2018

CPF: 062.054.754-56

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICIO PEDRO DO
NASCIMENTO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

VALERIA MARIA DA SILVA : 117.152.034-45

Comprovante de residência
Documentos de identificação

EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA : 495.412.518-97

Certidão de nascimento
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: 13/11/2018
Nome: VALERIA MARIA DA SILVA
CPF: 117.152.034-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

VALERIA MARIA DA SILVA

Patricia Aleixo Silva



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CARTA DE CONCESSÃO / MEMÓRIA DE CÁLCULO

SEQ: 045726
DATA: 18/05/2018

NOME	OL	NB
EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA (NIT: 2362244491-2)	21.038.040	184.374.046-7

COMUNICAMOS QUE LHE FOI CONCEDIDO **PENSAO POR MORTE (21)**
184.374.046-7 REQUERIDO EM **30/04/2018** COM RENDAMENSAL DE **R\$ 1.672,51** CALCULADA CONFORME ABAIXO.
COM INÍCIO DE VIGÊNCIA A PARTIR DE **01/04/2018**

CASO NÃO TENHA FEITO OPÇÃO PELO CRÉDITO EM CONTA CORRENTE OU POUPANÇA, COMPAREÇA A PARTIR DE **05/06/2018** NA INSTITUIÇÃO BANCÁRIA INDICADA ABAIXO, MUNDO, OBRIGATORIAMENTE, DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO APRESENTADO NO ATO DO REQUERIMENTO DO BENEFÍCIO. OS CRÉDITOS SUBSEQUENTES SERÃO EFETUADOS NO **1** DIA ÚTIL DE CADA MÊS.

ORGÃO PAGADOR/AGÊNCIA BANCÁRIA:

763628 - BANCO MERCANTIL - AGENCIA SALTO

RUA NOVE DE JULHO 40

CENTRO

Leonardo de Melo Gadelha

REPRES LEGAL VALERIA MARIA DA SILVA

(NIT: 1654283714-1) Presidente do INSS

VIA SEGURADO

~~Ouvidoria Geral da Previdência Social, pelo telefone 135.~~



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CERTIDÃO PIS/PASEP/FGTS

NOME MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO		CTPS/IDENT. 0055365/00024	CPF 06205475456	PIS/PASEP 1295716812-1	NUM. BENEFÍCIO 1843740467
ÚLTIMO EMPREGADOR		CGC	CERTIFICADO PARA OS FINS PREVISTOS NO PARÁGRAFO 1º DO ART. 4º, LEI COMPLEMENTAR Nº 26 DE 11/02/75, LEI Nº 8.858 DE 24/11/80 E PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 1º DO DECRETO Nº 85.845 DE 26/03/81, QUE FOI CONCEDIDA A PENSAO POR MORTE		
DEPENDENTE EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA S	VÍNCULO FILHA	DATA NASC. 11/09/2012	REQUERIDA EM 30/04/2018 DATA DE ÓBITO 01/04/2018		
			LOCAL E DATA SALTO SP	18/05/2018	OL 21.0.38.040
ESTA CERTIDÃO TEM EFEITO PARA LEVANTAMENTO DE VALORES CORRESPONDENTES A: a) PIS - PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL b) PASEP - PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO PATRIMÔNIO DO SERVIDOR PÚBLICO c) FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO d) QUANTIAS DEVIDAS PELO EMPREGADOR A SEU EMPREGADO EM DECORRÊNCIA DE RELAÇÃO DE EMPREGO. e) RESTITUIÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA. f) SALDOS DE CONTAS BANCÁRIAS, CADERNETAS DE POUPANÇA, FUNDO DE INVESTIMENTO, DE ACORDO COM LIMITES PREVISTOS EM LEI E DESDE QUE NÃO EXISTAM NA SUCESSÃO OUTROS BENS SUJEITOS A INVENTÁRIO.					
					 Leonardo de Melo Gadelha Presidente do INSS

Impresso pela Dataprev

FORM. CONS3A

CORTE AQUI



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

CERTIDÃO PIS/PASEP/FGTS

NOME MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO		CTPS/IDENT. 0055365/00024	CPF 06205475456	PIS/PASEP 1295716812-1	NUM. BENEFÍCIO 1843740467
ÚLTIMO EMPREGADOR		CGC	CERTIFICADO PARA OS FINS PREVISTOS NO PARÁGRAFO 1º DO ART. 4º, LEI COMPLEMENTAR Nº 26 DE 11/02/75, LEI Nº 8.858 DE 24/11/80 E PARÁGRAFO ÚNICO DO ART. 1º DO DECRETO Nº 85.845 DE 26/03/81, QUE FOI CONCEDIDA A PENSAO POR MORTE		
DEPENDENTE EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA S	VÍNCULO FILHA	DATA NASC. 11/09/2012	REQUERIDA EM 30/04/2018 DATA DE ÓBITO 01/04/2018		
			LOCAL E DATA SALTO SP	18/05/2018	OL 21.0.38.040
ESTA CERTIDÃO TEM EFEITO PARA LEVANTAMENTO DE VALORES CORRESPONDENTES A: a) PIS - PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL b) PASEP - PROGRAMA DE FORMAÇÃO DO PATRIMÔNIO DO SERVIDOR PÚBLICO c) FGTS - FUNDO DE GARANTIA DO TEMPO DE SERVIÇO d) QUANTIAS DEVIDAS PELO EMPREGADOR A SEU EMPREGADO EM DECORRÊNCIA DE RELAÇÃO DE EMPREGO. e) RESTITUIÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA. f) SALDOS DE CONTAS BANCÁRIAS, CADERNETAS DE POUPANÇA, FUNDO DE INVESTIMENTO, DE ACORDO COM LIMITES PREVISTOS EM LEI E DESDE QUE NÃO EXISTAM NA SUCESSÃO OUTROS BENS SUJEITOS A INVENTÁRIO.					
					 Leonardo de Melo Gade Presidente do INSS

Impresso pela Dataprev

REMETENTE

045726

INSS

AG DA PREVIDENCIA SOCIAL SALTO
AVENIDA D. PEDRO II,
CENTRO
SALTO - SP
13320-241

- ☐ MUDOU-SE ☐ RECUSADO
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE ☐ NÃO PROCURADO
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO ☐ AUSENTE
☐ DESCONHECIDO ☐ FALECIDO

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO
PORTEIRO/SÍNDICO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Impresso pela Dataprev

FORM: CON39A



PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



045333



EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA
RIBEIRAO PRETO 1268
JARDIM MARILIA
SALTO SP
13323-010



50131969874102300000004533330290518



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: A ALAGOASMUNICÍPIO DE: IBATEGUARA1º DISTRITO DE: IBATEGUARA

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 13.408
13.408Eu, Divanilza Pereira de Oliveira

OFICIAL do

REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 083 Vs. do livro "A" 16 do registro denascimento, foi feito o assento de VALERIA MARIA DA SILVA x. xnascido no dia 04 (quatro) de Abrilde 1994 (mil novecentos e noventa e quatro) x. x.às 24:30 (vinte e quatro e trinta) horas, em São José da Lage- Al noHospital Douglas Buarque No sexo Femininofilho de Sebastião João da Silva (Trabalhador Rural) Alagoanoe Maria José da Silva Filho Doméstica Alagoana.sendo avós paternos João Caetano Fernandes x. x.Josefa Maria da Silva, (falecida) x. x. x.

e maternos x. x. x. x.

e x. x. x. x.

Foi declarante O genitor. x. x. x.e serviram de testemunhas Maria Marlene Frazeres. x. x.e Maria Madalena Leal. x. x.

OBSERVAÇÕES: Registro feito na forma da Lei 6015 de 31.12.74.

x. x. x. x.

x. x. x. x.

x. x. x. x.

Registrado em 29 de Abril de 1994. x. x.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Divanilza Pereira de Oliveira

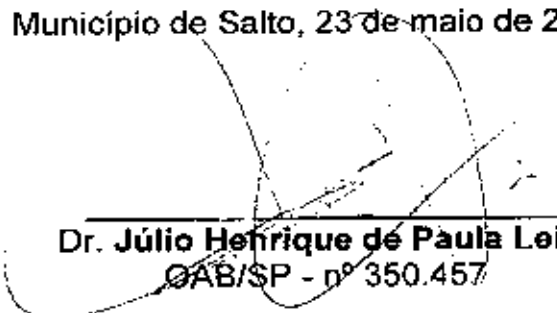
O REFERIDO É VERDADE E DOU FE
Oficial Substituto
Ibateguara - AlagoasIbateguara- Al 28 de Abril de 19 94Divanilza Pereira de Oliveira
OficialCARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Ibateguara - Alagoas
Oficial Substituto
Ibateguara - Alagoas

ESTUDANTIL - Caruaru

"TERMO DE RECIBO DE PAGAMENTO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS"

Eu, Dr. **JÚLIO HENRIQUE DE PAULA LEITE**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/SP sob o n.º 350.457, com escritório profissional à Rua Rio Branco, nº817, Sala 01, Centro – Salto – Estado de São Paulo, C.E.P.: 13.320-270, recebi de **VALÉRIA MARIA DA SILVA**, brasileira, solteira, operadora de caixa, portadora do R.G. – Cédula de Identidade nº 3673243-5 (SP-SSP) e do C.P.F./M.F. de nº 117.152.034-45, nascida em 04/04/1994, residente e domiciliada à Rua Pirassununga, nº. 355, Jardim Marília, C.E.P. 13.323-023 Município de Salto, Estado de São Paulo (Código de Endereçamento Postal) a importância de R\$ 1.000,00 (um mil reais), referente ao pagamento de honorários advocatícios concernentes à 1ª Parcela – Processo Judicial de Reconhecimento de União Estável e Alvará Judicial para Cessão de Contrato de Compromisso de Venda e Compra de Terreno.

Município de Salto, 23 de maio de 2018.


Dr. **Júlio Henrique de Paula Leite**
OAB/SP - nº 350.457

"TERMO DE RECIBO DE PAGAMENTO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS"

Eu, **DR. JÚLIO HENRIQUE DE PAULA LEITE**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/SP sob o nº 250.457, com escritório profissional à Rua Rio Branco, nº 817, Sala 01 Centro - Estado de São Paulo, C.E.P. 13.320-270, recebo de **VALÉRIA MARIA DA SILVA**, brasileira solteira, operadora de caixa, portadora do R.G. - Cédula de Identidade nº 3873243-5 (SP-SSP) e do C.P.F. nº 17.152.034-45, nascida em 04/04/1984, residente e domiciliada à Rua Piresanunga, nº 355, Jardim Matília, C.E.P. 13.323-023, Município de São Paulo (Código de Endereçamento Postal) a importância de R\$ 1.000,00 (um mil reais), referente ao pagamento de honorários advocatícios concernentes à 1ª Parcela - Processo Judicial de Reaparelhamento de União Estável e Avarias Judiciais para Cessão de Contrato de Locação de Vendas e Compra de Terreno.

Município de São Paulo, 23 de maio de 2018.

Dr. Júlio Henrique de Paula Leite
OAB/SP - nº 250.457

Limite Total de Crédito	R\$ 300,00
Limite para saque à vista**	R\$ 0,00
Limite disponível em 08/03/2017	R\$ -2,48

**A utilização deste limite comprometerá o limite total do cartão. Durante este mês, você excedeu seu limite de crédito.

Parcelas a vencer	Próxima Fatura	Total a Vencer*
Parcelamento de Fatura	R\$ 83,05	R\$ 166,10
TOTAL	R\$ 83,05	R\$ 166,10

*Somatória de todas as parcelas a vencer, incluindo as que vencerão na próxima fatura (demonstradas acima).

Juros (ao mês) para o próximo período

Pagamento Parcial	18,47%
Saques	21,47%
Compras Parceladas com juros	2,49%
Parcelamento de Fatura	11,03%
Total Parcelado	2,99%

Pagando apenas o valor mínimo desta fatura até a data de vencimento, o valor dos juros mais impostos a ser pago na próxima fatura será de: R\$ 17,97.

Data de fechamento desta fatura	08/03/2017
Previsão de fechamento da próxima fatura	07/04/2017

 Parcele esta fatura em: 12 X 22,72	 Pagamento Mínimo R\$ 69,20	 Vencimento: 20/03/2017	 Total desta fatura: R\$ 160,31
--	--	--	--

Atenção: Em caso de pagamento inferior ao valor total, você deverá arcar com os juros e impostos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

 Conveniência	Parcele o total desta fatura em:
	18 X 19,31 15 X 20,60 11 X 23,73 09 X 26,53 08 X 28,51 06 X 34,59 04 X 47,04
	PARA CONTRATAR O PARCELAMENTO DE FATURA: Faça um único pagamento do valor da parcela escolhida até o vencimento desta fatura. O valor da parcela já inclui Juros e Impostos. Cartões em atraso devem comparecer à Central de Atendimento Santander antes da contratação.

 Bônus Estrela	Período de Acúmulo de Bônus de 15/12/2016 a 15/01/2017	
	Estas são informações consolidadas de todos os seus cartões que participam do Bônus Estrela:	
	Saldo de Bônus Anterior:	2.831
	(+) Bônus Acumulados por Transações:	145
	(-) Bônus Cancelados/Expirados:	36
	(=) Bônus Disponíveis:	7.939
	Pontos a Expirar em 31/01/2017:	202
	Pontos a Expirar em 28/02/2017:	25
Para mais informações e consulta o saldo atualizado, acesse www.santander.com.br/estrela ou ligue para 0800-4000000000 (Santander).		

	Importante
	A PARTIR DE MARÇO/16, CONTINUE LIVRE DE ANUIDADE. ACUMULE R\$ 100 A CADA FATURA, SOMANDO COMPRAS NOVAS E/OU PARCELAS A VENCER NO MÊS. SAIBA MAIS EM SANTANDER.COM.BR/CARTOES.

Atenção: Lembre-se de que, se você for nosso correntista e caso o pagamento da sua fatura não ocorra no vencimento, o Santander está autorizado, nos termos do contrato, a realizar o débito em sua conta corrente do valor mínimo indicado na sua fatura, desde que haja saldo disponível suficiente. A diferença entre o valor total da fatura e o mínimo será financiada, com incidência dos juros e impostos do Pagamento Parcial.

		Prefixo: 033.7		03399.49281 36981.706702 16173.101029 1 00000000000000	
Nome do Pagador: VALERIA MARIA DA SILVA - CPF/CNPJ: 117.152.034-45 R. ROBERTO FRETO 1288 - CASAD1 JARDIM MARILIA CEP 13323-009 SALTO SP					
Novo Número 8170670161731		Número do Documento 0354660000321230		Data de Vencimento 20/03/2017	
Valor do Documento R\$ 160,31		Valor pago R\$			
Beneficiário Banco Santander (Brasil) S.A. - CNPJ: 90.400.888/0001-42 Avenida Presidente Juscelino Kubitschek, 2041 e 2235 Bloco A - Vila Olímpia - São Paulo - SP - cep 04543-011					
Agência / Código Beneficiário 050 04 92836 9		Autenticação Médica			

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412362/18

Número do Sinistro: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF: 062.054.754-56

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: MAURICIO PEDRO DO
NASCIMENTO

Outros



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

LUCAS DA SILVA NASCIMENTO : 120.786.174-07

Certidão de nascimento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

VALERIA MARIA DA SILVA : 117.152.034-45

Autorização de pagamento

EMILLY MAYSÁ NASCIMENTO DA SILVA : 495.412.518-97

Declaração de únicos herdeiros

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: 22/05/2019
Nome: VALERIA MARIA DA SILVA
CPF: 117.152.034-45

VALERIA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

Acao :
Inicio Origem Desvio Restaura Fim
NB 1843740467 VALERIA MARIA DA SILVA Situacao: Ativo
CPF: 495.412.518-97 NIT: 2.362.244.491-2 Ident.:
OL Mantenedor: 02.0.01.250 APS : APS SAO JOSE DA LAJE PRISMA
OL Mant. Ant.: Banco : 104 CAIXA
OL Concessor : 21.0.38.040 Agencia: 573779 PAB PREFEITURA MUNICIPAL DE
Nasc.: 11/09/2012 Sexo: FEMININO Trat.: 01 Procur.: NAO RL: SIM
Esp.: 21 PENSAO POR MORTE PREVIDENCIARIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00
Ramo Atividade: COMERCARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00
Forma Filiacao: EMPREGADO Qtd. Dep. Informada: 01
Meio Pagto: C/C No 000058695 TIPO: CONTA POUPANCA Dep. para Desdobr.: 01/01
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 01
APR. : 1.721,68 Compet : 04/2019 DAT : 31/03/2018 DIB: 01/04/2018
MR.BASE: 1.721,68 MR.PAG.: 1.721,68 DER : 30/04/2018 DDB: 18/05/2018
Acompanhante: NAO Tipo IR: PADRAO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 00/00/0000

Percentuais da pensao: MR Previd. c/ 100%: Nao

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 18/04/2019 11:14:44
INSTITUIdor - Instituidor do Beneficio

Acao :
Inicio Origem Desvio Restaura Fim
NB 1843740467 VALERIA MARIA DA SILVA Situacao: Ativo
Instituidor: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO
Mae : ELAINE BENEDITA DA SILVA
CPF. : 062054754-56 Nacionalidade: BRASILEIRA
Ident.: 604404335 01 SP Municipio/UF : IBATEGUARA / AL
CTPS. : 0055365 00024 A Sexo : MASCULINO
NIT. : 12957168121 Nascimento : 24/07/1987 DO/DR: 01/04/2018
Titulo: Validacao no CNIS: SIM Morte Presumida: Nao
Certidao - Tipo: Livro: Folha: Termo:
Obito: Livro: C006 Folha: 230 Termo: 3184 Cart: CEI - 313300100903
Endereco para Correspondencia (Valido)
Endereco : R JOSE ALVES 108 CEP.: 57890-000
Municipio: IBATEGUARA UF.: AL
Bairro : CENTRO Tel.: DDD/Ramal: /

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 18/04/2019 11:14:51
DEPENDentes - Dependentes do Beneficio Pagina Atual: 01

Acao :
Inicio Origem Desvio Restaura Fim
NB 1843740467 VALERIA MARIA DA SILVA Situacao: Ativo
Especie: 21 Tratamento: 01
01 - EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA SILVA Nasc: 11/09/2012 Nit: 2362244491-2
Est Civil: SOLTEIRO Vinculo: FILHO Sexo: F Defic.: N Compr-SF:
Cap: 1 - CAPAZ Extincao: 11/09/2033 - 17 - LIMITE DE IDADE
- Nasc: Nit:
Est Civil: Vinculo: Sexo: Defic.: Compr-SF:
Cap: - Extincao: - -
- Nasc: Nit:
Est Civil: Vinculo: Sexo: Defic.: Compr-SF:
Cap: - Extincao: - -
Total de Dependentes: 1

Proxima Pagina ou 99 para Finalizar 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim
NB 184374046 VALERIA MARIA DA SILVA Situacao: Ativo

Tipo: TUTOR NATO

Nome do Representante: VALERIA MARIA DA SILVA

Nome da Mae: MARIA JOSE DA SILVA FILHA

Expedicao Documento:

CPF. : 117152034-45

Nacionalidade: BRASILEIRA

Ident.: 0060038441X-/SP

Municipio/UF : SAO JOSE DA LAJE/AL

CTPS. : 1111111 yyyyyy

Sexo : FEMININO

NIT. : 16542837141

Nascimento : 04/04/1994

Titulo:

Validacao no CNIS: SIM

Certidao - Tipo:

Livro:

Folha:

Termo:

Endereco para Correspondencia (Valido)

Endereco : R JOSE ALVES 108

CEP.: 57890-000

Municipio: IBATEGUARA

UF. : AL

Bairro : CENTRO

Tel.:

DDD/Ramal: /

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3



Local:

Código: **02001250****APS SÃO JOSÉ DA LAJE, AL**

Certifico para os fins previstos no parágrafo 1º do art. 4º da Lei Complementar nº 26 de 11/09/75, Lei nº 6.858 de 24/11/80, e parágrafo único do art. 1º do decreto nº 85.845 de 26/03/81, que foi concedida a... **PENSÃO POR MORTE PREVIDENCIÁRIA** ...requerida em: **30/04/2018**

Nome do Segurado: **MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO (DIB 01/04/2018)**Doc. Identidade: **60.440.433-5 SSP-SP**Nº do Benefício: **21/184.374.046-7**PIS/PASEP: **1.295.716.812-1**CPF.: **062.054.754-56**Último Empregador: **ANTONIO PEDRO BERTULINO FILHO**CNPJ: **20.798.926/0001-81****DEPENDENTE**

Nome	Qualidade	Data do Nascimento
EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA SILVA	FILHA	11/09/2012
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	00/00/0000
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	00/00/0000
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	00/00/0000
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	00/00/0000
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	00/00/0000
XXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXX	00/00/0000

Esta Certidão tem efeito para levantamento de valores correspondentes a:

- a) PIS - Programa de Integração Social
- b) PASEP - Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
- c) FGTS - Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
- d) Quantias devidas pelo empregador a seu empregado em decorrência de relação de emprego
- e) Restituição de Imposto de Renda
- f) Saldos de contas bancárias, cadernetas de poupança, fundo de investimento, até 500 Obrigações do Tesouro Nacional e desde que não existam, na sucessão, outros bens sujeitos a inventário.

Local e Data: **SÃO JOSÉ DA LAJE, AL, 18/04/2019**

Func Matr e Rubrica

Tatiane de Oliveira Carvalh
INSS-AL - Mat. 1950806

Ass. Chefe de Benefício ou Substituto



INSS

CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais
Dados Pessoa Física - Portal CNIS

Página 1 de 1
18/04/2019 11:09:31

Critérios de busca

Nit:	CPF: 062.054.754-56	Nome:
Data de Nascimento:	CNH:	Nome da Mãe:
Título de Eleitor:	CTPS:	Identidade:

Dados Pessoa Física

NIT	Nome	Nome da Mãe	Data de Nascimento	Situações	CPF
12957168121	MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO	ELAINE BENEDITA DA SILVA	24/07/1987	Nit normal	06205475456

"O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme artigo 19, § 3º do Decreto 3.048/99."



INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

18/04/2019 11:10:31

Identificação do Filiado

Nit: 1.295.716.812-1

CPF: 062.054.754-56

Nome: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data de Nascimento: 24/07/1987

Nome da Mãe: ELAINE BENEDITA DA SILVA

Relações Previdenciárias

Seq.	NIT	Código Emp./NB	Origem do Vínculo	Tipo Filiado no Vínculo	Data Início	Data Fim	Últ. Remun.	Indicadores
1	1.295.716.812-1	07.016.00326/80	SEBASTIAO ALVES DE OLIVEIRA E OUTROS	Empregado	08/08/2005	20/09/2006		AVRC-DEF, AEXT-VT
2	1.295.716.812-1	12.706.289/0001-48	USINA SERRA GRANDE SA	Empregado	24/10/2005	01/02/2006	02/2006	
3	1.295.716.812-1	04.588.246/0001-87	USINA SANTA MARIA LTDA	Empregado	25/04/2006	11/07/2006	07/2006	
4	1.295.716.812-1	12.706.289/0001-48	USINA SERRA GRANDE SA	Empregado	24/07/2006	26/07/2006	07/2006	
5	1.295.716.812-1	07.016.00326/80	SEBASTIAO ALVES DE OLIVEIRA E OUTROS	Empregado	13/08/2006	30/11/2006	11/2006	
6	1.295.716.812-1	07.016.00326/80	SEBASTIAO ALVES DE OLIVEIRA E OUTROS	Empregado	09/03/2007	21/10/2007	10/2007	
7	1.295.716.812-1	12.706.289/0001-48	USINA SERRA GRANDE SA	Empregado	05/11/2007	19/03/2008	03/2008	
8	1.295.716.812-1	39.403.274/0001-67	INFISA-INFINITY ITAUNAS AGRICOLA S/A	Empregado	06/05/2008	14/07/2008	07/2008	
9	1.295.716.812-1	12.706.289/0001-48	USINA SERRA GRANDE SA	Empregado	16/09/2008	23/09/2008	09/2008	
10	1.295.716.812-1	51.200.81071/69	ANTONIO PEDRO BERTULINO FILHO	Empregado	05/12/2008	20/04/2009	04/2009	
11	1.295.716.812-1	51.200.81071/69	ANTONIO PEDRO BERTULINO FILHO	Empregado	04/05/2009	26/11/2009	11/2009	
12	1.295.716.812-1	51.206.03808/89	DOMINGOS SANDOVAL DE MORAES E OUTROS	Empregado	16/03/2010	26/11/2010	11/2010	
13	1.295.716.812-1	12.706.289/0001-48	USINA SERRA GRANDE SA	Empregado	20/12/2010	09/03/2011	03/2011	
14	1.295.716.812-1	07.752.894/0001-15	CENTRAL ENERGETICA PARAISO S.A. - EM RECUPERACAO JUDICIAL	Empregado	08/04/2011	25/05/2011	05/2011	
15	1.295.716.812-1	51.206.03808/89	DOMINGOS SANDOVAL DE MORAES E OUTROS	Empregado	23/05/2011	12/11/2011	11/2011	
16	1.295.716.812-1	20.798.926/0001-81	ANTONIO PEDRO BERTULINO FILHO	Empregado	05/09/2014	01/04/2018	04/2018	AVRC-DEF
17	1.295.716.812-1	1843740467	21 - PENSÃO POR MORTE PREVIDENCIARIA	Não Informado	01/04/2018			

Legenda de Indicadores

Indicador

Descrição

Indicador

Descrição

AEXT-VT

Vínculo extemporâneo confirmado pelo INSS

AVRC-DEF

Acerto confirmado pelo INSS



INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Relações Previdenciárias - Portal CNIS

18/04/2019 11:10:31

Identificação do Filiado

Nít: 1.295.716.812-1

CPF: 062.054.754-56

Nome: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data de Nascimento: 24/07/1987

Nome da Mãe: ELAINE BENEDITA DA SILVA

Legenda de Indicadores



Seguro

DPVAT

Seguradora Líder



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CORRESPONDENTE		ENDEREÇO	
SEGURADORA DPVAT - LÍDER		CALLE DPVAT 2000 0221204	
RUA SEBASTIÃO DANTAS, Nº 74, 1ª ANDAR - CENTRO			
CÓDIGO DE ENDEREÇO		CITY	
2 0 0 3 2 0 5		RIO DE JANEIRO	
		RJ BRASIL	





Seguro

DPVAT

Seguradora Unier

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGUROADORA LIDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DE VIDA

site: www.cinearts.pt/prodofranco.htm

535 115VGT:0800 022 12 04



11/11/11 11:11 AM



1997-1998



and

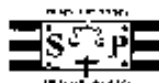
STRAIGHTENED



Correios

1. NAME John Doe
 2. DATE 10/10/2023
 3. TIME 10:00
 4. LOCATION Room 101
 5. REMARKS Good
 6. SIGNATURE [Signature]
 7. DATE 10/10/2023
 8. TIME 10:00
 9. LOCATION Room 101
 10. REMARKS Good
 11. SIGNATURE [Signature]
 12. DATE 10/10/2023
 13. TIME 10:00
 14. LOCATION Room 101
 15. REMARKS Good
 16. SIGNATURE [Signature]
 17. DATE 10/10/2023
 18. TIME 10:00
 19. LOCATION Room 101
 20. REMARKS Good
 21. SIGNATURE [Signature]
 22. DATE 10/10/2023
 23. TIME 10:00
 24. LOCATION Room 101
 25. REMARKS Good
 26. SIGNATURE [Signature]
 27. DATE 10/10/2023
 28. TIME 10:00
 29. LOCATION Room 101
 30. REMARKS Good
 31. SIGNATURE [Signature]
 32. DATE 10/10/2023
 33. TIME 10:00
 34. LOCATION Room 101
 35. REMARKS Good
 36. SIGNATURE [Signature]
 37. DATE 10/10/2023
 38. TIME 10:00
 39. LOCATION Room 101
 40. REMARKS Good
 41. SIGNATURE [Signature]
 42. DATE 10/10/2023
 43. TIME 10:00
 44. LOCATION Room 101
 45. REMARKS Good
 46. SIGNATURE [Signature]
 47. DATE 10/10/2023
 48. TIME 10:00
 49. LOCATION Room 101
 50. REMARKS Good
 51. SIGNATURE [Signature]
 52. DATE 10/10/2023
 53. TIME 10:00
 54. LOCATION Room 101
 55. REMARKS Good
 56. SIGNATURE [Signature]
 57. DATE 10/10/2023
 58. TIME 10:00
 59. LOCATION Room 101
 60. REMARKS Good
 61. SIGNATURE [Signature]
 62. DATE 10/10/2023
 63. TIME 10:00
 64. LOCATION Room 101
 65. REMARKS Good
 66. SIGNATURE [Signature]
 67. DATE 10/10/2023
 68. TIME 10:00
 69. LOCATION Room 101
 70. REMARKS Good
 71. SIGNATURE [Signature]
 72. DATE 10/10/2023
 73. TIME 10:00
 74. LOCATION Room 101
 75. REMARKS Good
 76. SIGNATURE [Signature]
 77. DATE 10/10/2023
 78. TIME 10:00
 79. LOCATION Room 101
 80. REMARKS Good
 81. SIGNATURE [Signature]
 82. DATE 10/10/2023
 83. TIME 10:00
 84. LOCATION Room 101
 85. REMARKS Good
 86. SIGNATURE [Signature]
 87. DATE 10/10/2023
 88. TIME 10:00
 89. LOCATION Room 101
 90. REMARKS Good
 91. SIGNATURE [Signature]
 92. DATE 10/10/2023
 93. TIME 10:00
 94. LOCATION Room 101
 95. REMARKS Good
 96. SIGNATURE [Signature]
 97. DATE 10/10/2023
 98. TIME 10:00
 99. LOCATION Room 101
 100. REMARKS Good
 101. SIGNATURE [Signature]
 102. DATE 10/10/2023
 103. TIME 10:00
 104. LOCATION Room 101
 105. REMARKS Good
 106. SIGNATURE [Signature]
 107. DATE 10/10/2023
 108. TIME 10:00
 109. LOCATION Room 101
 110. REMARKS Good
 111. SIGNATURE [Signature]
 112. DATE 10/10/2023
 113. TIME 10:00
 114. LOCATION Room 101
 115. REMARKS Good
 116. SIGNATURE [Signature]
 117. DATE 10/10/2023
 118. TIME 10:00
 119. LOCATION Room 101
 120. REMARKS Good
 121. SIGNATURE [Signature]
 122. DATE 10/10/2023
 123. TIME 10:00
 124. LOCATION Room 101
 125. REMARKS Good
 126. SIGNATURE [Signature]
 127. DATE 10/10/2023
 128. TIME 10:00
 129. LOCATION Room 101
 130. REMARKS Good
 131. SIGNATURE [Signature]
 132. DATE 10/10/2023
 133. TIME 10:00
 134. LOCATION Room 101
 135. REMARKS Good
 136. SIGNATURE [Signature]
 137. DATE 10/10/2023
 138. TIME 10:00
 139. LOCATION Room 101
 140. REMARKS Good
 141. SIGNATURE [Signature]
 142. DATE 10/10/2023
 143. TIME 10:00
 144. LOCATION Room 101
 145. REMARKS Good
 146. SIGNATURE [Signature]
 147. DATE 10/10/2023
 148. TIME 10:00
 149. LOCATION Room 101
 150. REMARKS Good
 151. SIGNATURE [Signature]
 152. DATE 10/10/2023
 153. TIME 10:00
 154. LOCATION Room 101
 155. REMARKS Good
 156. SIGNATURE

[illegible]



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SALTO
FORO DE SALTO
1ª VARA
 Av. Dom Pedro II, 261 - Centro
 CEP: 13320-240 - Salto - SP
 Telefone: (11) 4029-6817 E-mail: salto3@tjsp.jus.br

CCE: Intenção de constituir família, convivência pública, contínua e duradoura, existência de prática consistente da posse do estado de casado.

Como ensina Maria Berenice Dias, "Nasce a união estável de convivência, simples fato jurídico que evolui para a constituição de um vínculo, em face dos direitos que brotam desta relação. O que se exige é a efetiva convivência "more uxorio", com características de uma união familiar, por um prazo que denote estabilidade e objetivo de manter a vida em comum entre o homem e a mulher assas comprometidos. Por isso que a união estável seja o espelho do afeto matrilial, é medida que é regulamentada vai ganhando contornos de casamento. Tudo o que é disposto sobre as uniões extramatrimoniais tem como referência a união matrimonializada. (...) O Código Civil limitou-se a reproduzir a legislação que existia, reconhecendo como estável (CC 1.723) a convivência duradoura, pública e contínua de um homem e de uma mulher, caracterizada com o objetivo de constituição da família. (...) Há quase uma alusão entre as duas entidades de convivência que tem origem em elo afetivo. A divergência diz-se com o modo de constituição. Enquanto o casamento tem seu início marcado pela celebração do matrimônio, a união estável não tem termo inicial estabelecido: nasce da consolidação do vínculo de convivência, do comportamento mútuo de antecipamento de vidas e do embaralhar de patrimônios." (Manual de Direito das Famílias, 3. Filiação, Editora Revista dos Tribunais, páginas 161/163).

Na hipótese, a prova apresentada comprova o preenchimento dos requisitos legais, de modo que procede o pedido de reconhecimento da união estável.

A testemunha ouvida confirmou que conviveu em união estável, relação de qual nasceu a filha Valéria Mayra Nascimento da Silva, em 11/09/2012. Adverte a testemunha que eram conhecidos como casais na comunidade e moravam juntos, tendo a relação perdurado até o falecimento de Maurício Pedro do Nascimento.

No que tange ao pedido de alvará, é de se notar a inadequação da via eleita, como bem apontado pelo Ministério Público, eis que não há fundamento para deferimento a expedição do alvará pretendido para transferência de dívida a respeito da devolução do imóvel à venda, por se tratar de consequência de sucesso do litígio, devendo atender a pessoalidade própria.

Ante o exposto, com resolução do mérito, nos termos da art. 487, inciso I, do CPC, JULGO PARCIALMENTE FRACTO o pedido apenas para reconhecer a união estável entre Valéria Maria da Silva e Maurício Pedro do Nascimento, fixando o período entre dezembro/2011 até o falecimento dele em 01/04/2014.



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO
COMARCA DE SALTO
FORO DE SALTO
1ª VARA
Av. Dom Pedro II, 261 - Centro
CEP: 13320-240 - Salto - SP
Telefone: (11) 4629-6811 - E-mail: salto36@tjsp.jus.br

Custa e despesas pela autora, já que as reus foram incluídas apenas para compor o polo passivo, ausente lide. Sem condenação em honorários, em razão da resistência das reus: ficam suspensas as obrigações decorrentes da sucumbência, nos termos de art. 98, §3º, do CPC.

Desde já, deferir a expedição de certidão de honorários à advogada nomeada pelo Ministério Público, mediante juntada do ofício de nomeação.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se. Cite-se no MP.

Salto, 03 de março de 2020.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE NOS TERMOS DA LEI 14.186/2006, CONFORME O
IMPRESSÃO À MÁQUINA DIGITAL



2406/20



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO

POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER - DPVAT		TELEFONE / Phone Number SAC DPVAT 0800 0221204	
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP Zip	CIDADE City	UF / State	PAÍS / Country
20031-205	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

ATENDIMENTO





Seguradora Líder

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

BLOG: www.viversegurodotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMITENTE / Remitter		TELEFONE / Phone Number	
VALERIA MARIA DA SILVA			
ENDEREÇO / Address		UF / State	PAÍS / Country
RUA JOSE ALVES - SNº		AC	
CEP / Zip	CIDADE / City		
54390-000	ISATEUCES		



RECYCLING
RECYCLING
TEL: (02) 8254-2000



"RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)	
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALLECIDO (Deceased)		
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)		
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)		
☐ NÃO PROCURADO (Unaddressed)	☐ OUTROS (Other)		
☐ AUSENTE (Absent)			
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)			
1ª ____ 2ª ____ 3ª ____ 4ª ____ 5ª ____			
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)			
☐ Reintegrado ao serviço postal em ____ (Reinstated to service post)			
Data ____/____/____		Responsável _____	



Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
ENDEREÇO / Address			
RUA DA ASSEMBLEIA, LOU-24º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20011-904	RIO DE JANEIRO	RJ	

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

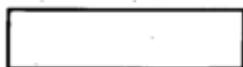
Blog: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
VALERIA MARIA DA SILVA		82 99195 3428	
ENDEREÇO / Address			
RUA JOSE ALVES S.M.			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
57890-000	IBATERUA	AC	



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412362/18

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF: 062.054.754-56

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

VALERIA MARIA DA SILVA : 117.152.034-45

Comprovante de residência
Documentos de identificação

EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA : 495.412.518-97

Certidão de nascimento
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: 13/11/2018
Nome: VALERIA MARIA DA SILVA
CPF: 117.152.034-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

VALERIA MARIA DA SILVA

Patricia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0412362/18

Número do Sinistro: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF: 062.054.754-56

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

LUCAS DA SILVA NASCIMENTO : 120.786.174-07

Certidão de nascimento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

VALERIA MARIA DA SILVA : 117.152.034-45

Autorização de pagamento

EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA : 495.412.518-97

Declaração de únicos herdeiros

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: 22/05/2019
Nome: VALERIA MARIA DA SILVA
CPF: 117.152.034-45

VALERIA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/05/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126316/20

Número do Sinistro: 3200162171

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF: 062.054.754-56

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

VALERIA MARIA DA SILVA : 117.152.034-45

Autorização de pagamento

ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA : 102.694.414-76

Autorização de pagamento

LUCAS DA SILVA NASCIMENTO : 120.786.174-07

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

A indenização 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: 27/11/2020

Nome: VALERIA MARIA DA SILVA

CPF: 117.152.034-45

VALERIA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2020

Nome: Rodrigo Lopes Pacheco

CPF: 127.603.687-69

Rodrigo Lopes Pacheco

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126316/20

Número do Sinistro: 3200162171

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF: 062.054.754-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 01/04/2018

Titular do CPF: MAURICIO PEDRO DO
NASCIMENTO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

VALERIA MARIA DA SILVA : 117.152.034-45

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

ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA : 102.694.414-76

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Curatela
Documentos de identificação

LUCAS DA SILVA NASCIMENTO : 120.786.174-07

Comprovante de residência

EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA : 495.412.518-97

Declaração de únicos herdeiros

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: 02/07/2020
Nome: ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA
CPF: 102.694.414-76

ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2020
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126316/20

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF: 062.054.754-56

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALERIA MARIA DA SILVA : 117.152.034-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUCAS DA SILVA NASCIMENTO : 120.786.174-07

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA : 495.412.518-97

Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/04/2020
Nome: VALERIA MARIA DA SILVA
CPF: 117.152.034-45

VALERIA MARIA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2020
Nome: FERNANDA DE AZEVEDO ALVARENGA MARTINS DOS SANTOS
CPF: 085.694.317-75

FERNANDA DE AZEVEDO ALVARENGA MARTINS DOS SANTOS

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: VALERIA MARIA DA SILVA

Nº Sinistro: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180534374**.

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 13636273



Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALERIA MARIA DA SILVA

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

Autorização de pagamento

Sendo assim, favor entrar em contado com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13638776



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

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

Declaração de únicos herdeiros incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

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

Declaração de únicos herdeiros incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALERIA MARIA DA SILVA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180534374

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALERIA MARIA DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162171

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMILLY MAYSA NASCIMENTO 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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162171

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EMILLY MAYSA NASCIMENTO 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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162171

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162171

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162171 Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA SILVA

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

Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto dos Dados Cadastrais e da Declaração de Únicos Beneficiários, sem rasuras, pois o entregue está incompleto/incorreto.
--------------------------------	--

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



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162171 Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA SILVA

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

Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto dos Dados Cadastrais e da Declaração de Únicos Beneficiários, sem rasuras, pois o entregue está incompleto/incorreto.
--------------------------------	--

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01617/01618 - carta_03 - MORTE



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162171 Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do beneficiário, pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) do representante legal do requerente do Seguro DPVAT ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01619/01620 - carta_03 - MORTE

00040810



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162171 Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do beneficiário, pois não foi entregue.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) do representante legal do requerente do Seguro DPVAT ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01619/01620 - carta_03 - MORTE

00040810



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162171 Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162171 Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCAS DA SILVA NASCIMENTO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162171 Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALERIA MARIA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200162171 Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALERIA MARIA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162171

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), VALERIA MARIA DA SILVA

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

Recebedor: VALERIA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 3.769,85

Banco: 104

Agência: 000003373

Conta: 000000005869-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200162171

Vítima: MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 01/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA

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

Recebedor: ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA

Valor: R\$ 3.769,85

Banco: 104

Agência: 000003373

Conta: 000001570-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Nº do sinistro ou ASL: **3180.534374** CPF da vítima: **062054754/56** Nome completo da vítima: **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**

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

Nome completo: **VALERIA MARIA DO SILVA** CPF: **117152034/45**
Profissão: **DOMESTICA** Endereço: **RUA JOSE ALVES** Número: **108** Complemento:
Bairro: **CENTRO** Cidade: **IBARAQUARA** Estado: **PE** CEP: **57890-000**
E-mail: **Valeria.Maysa9553@gmail.com** Tel. (DDD): **821 9919 53428**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **3373** **013** CONTA: **00005869** **5**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas de 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **01/04/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **VALERIA MARIA DO SILVA**

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **02** Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 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.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A R O G O
Valeria Maria Da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: **ZELIA Z DE MELO**
CPF: **064.009.274-84**
Assinatura
2ª | Nome: **Wellington Mendes da Silva**
CPF: **069.561.894-50**
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU R O G O, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Nº do sinistro ou ASL: 3180534374 CPF da vítima: 062054754/56 Nome completo da vítima: Maurício Pedro do Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Emilly Maysa Nascimento Da Silva CPF: 495412518-97
Profissão: Estudante Endereço: Rua Jose Alves Número: 108 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Itatemyra Estado: AL CEP: 57890-000
E-mail: valeria-maysa9553@gmail.com Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0373 03 CONTA: 000058695
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 02 Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não
Vivos: 02 Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:
Local e Data:
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valeria Maysa Da Silva

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: ZELIA Z DE MELO

CPF: 064-009-274-84

Assinatura

2ª Nome: Wellington Gão da Silva

CPF: 069-56194-50

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do registro ou ASL:
3180534374

CPF da vítima:
062054754/56

Nome completo da vítima:
MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

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

Nome completo: **LUCAS DA SILVA NASCIMENTO**

CPE: **120 786 174-07**

Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço: **Rua SIQUEIRA CAMPOS**

Número: **SIN**

Complemento:

Bairro:

Cidade: **IBATE-GUARA**

Estado: **AL**

CEP: **57890-000**

E-mail:

Tel. (DDD): **(82) 993 67 1271**

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3373**

019

CONTA: **00006002**

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

00

CONTA:

00

(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.

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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima: **01/04/2018**

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

VALERIA MARIA DA SILVA

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☒ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valeria Maria da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: **ZELINEZ DE MELO**

CPF: **064.009.274-84**

Assinatura

2º Nome: **Wagner Luiz da Silva**

CPF: **069.561.494-58**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Nº do sinistro ou ASL: **3180.534374** CPF da vítima: **062054754/56** Nome completo da vítima: **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**

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

Nome completo: **VALERIA MARIA DA SILVA** CPF: **117152034/45**
Profissão: **DOMESTICA** Endereço: **RUA JOSE ALVES** Número: **108** Complemento:
Bairro: **CENTRO** Cidade: **IBARAQUARA** Estado: **PEL** CEP: **57890-000**
E-mail: **Valeria.Maysa9553@gmail.com** Tel.(DDD): **821** **991953428**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: **3373** **013** CONTA: **00005869** **5**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **01/04/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **VALERIA MARIA DA SILVA**

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: **02** Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **ZELIA Z DE MELO**

CPF: **064.009.274-84**

Assinatura

2ª Nome: **Wellington Gomes da Silva**

CPF: **069.561.094-50**

Assinatura

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÓGO

Valeria Maria da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) = _____

Assinatura do Procurador (se houver) = _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 062054754/56 4 - Nome completo da vítima: Maurício Pedro do Nascimento

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

5 - Nome completo: Marcos da Silva Nascimento 6 - CPF: 120.786.174-07
7 - Profissão: estudante 8 - Endereço: R. Siqueira Campos 9 - Número: 10 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itabaguara 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 082-9367-1274

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: Antonio Roberto da Silva Souza
18 - CPF do Representante Legal: 102.694.414.76 19 - Profissão do Representante Legal: Guarda Municipal

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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 00006002 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 02/04/2018

25 - Grau de parentesco com a vítima: Filho 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Valeria Maria da Silva

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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

Impressão
data da
vítima ou
beneficiário
não afetado

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

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

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

38 - 1ª Nome: Juliana Alves de Melo
CPF: 114 998 954 88

Juliana
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Laor Juliano da Silva
CPF: 132 542 684 - 62

Laor
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Antonio Roberto Souza
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 062054754156 4 - Nome completo da vítima: Maurício Pedro do Nascimento

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

5 - Nome completo: Valéria Maria da Silva 6 - CPF: 117-152-034-95
7 - Profissão: op. de caixa 8 - Endereço: R: José Alves 9 - Número: 117 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itateguana 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: Valeria_Magna_9553@Gmail.com 16 - Tel.(DDD): 991953428

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 00005869 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 02/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: companheira 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Valéria Maria da Silva
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: X Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (valores)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: X Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: Juliana Alves de Melo
CPF: 11499895488
Juliana
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: João Juliano da Silva
CPF: 13254869662
João
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Valéria Maria da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 662.054.754/56 4 - Nome completo da vítima: Mauricio Pedro da Nascimento

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

5 - Nome completo: Lucas Da Silva Nascimento 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Siqueira Campos 9 - Número: _____ 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: Itateguara 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (82) 99367-1274

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: Antônio Roberto Da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 102.694.414-76 19 - Profissão do Representante Legal: Guarda

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)

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

AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 1570 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 01/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Companheira 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Zuleia Maria da Silva

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☒ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☒ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: Adelina Elcin Holanda de Sousa
CPF: 453.406.174-91

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Vinicius de Holanda Silva
CPF: 126.767.114-90

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itateguara, 27.10.20

Antônio Roberto S. Souza
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 662.054.754/56 4 - Nome completo da vítima: Mauricio Pedro da Nascimento

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

5 - Nome completo: Lucas Da Silva Nascimento 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Siqueira Campos 9 - Número: _____ 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: Itateguara 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (82) 99367-1274

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: Antônio Roberto Da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 102.694.414-76 19 - Profissão do Representante Legal: Guarda

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)

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

AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 1570 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 01/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Companheira 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Zuleia Maria da Silva

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☒ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☒ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☒ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: Adelina Elvira Belandade Santos
CPF: 453.406.174-91

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Vinicius de Holanda Silva
CPF: 126.767.114-90

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itateguara, 27.10.20

Antônio Roberto S. Souza
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 062.054754156 4 - Nome completo da vítima: Maurício Pedro Da Natividade

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

5 - Nome completo: Valeria Maria Da Silva 6 - CPF: 117-152-034-45
7 - Profissão: op. laica 8 - Endereço: R. Jose Alves 9 - Número: 10 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Ibateguara 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: valeria_maysa9553@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 082-99195-7128

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 00005869 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 01/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Companheira 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Valeria Maria Da Silva

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: X Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitor)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: X 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: Adália Edna de Almeida
CPF: 453.406.174-91
Assinatura de
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Vinicius de Holanda Silva
CPF: 126.767.114-90
Vinicius de Holanda Silva
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, IBATEGUARA, 27.10.20

Valeria Maria Da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

		ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	NUMERO: 0302-E/18-0024	Pág. 1 / 1
		DELEGACIA: 115º DP - São José da Laje 11ª DRP/DPJA3 FONE: 32851422 DATA/HORA COMUNICADO: 01/04/2018 20:10 DELEGACIA DESTINO: 118º DP - Ibateguara 11ª DRP/DPJA3			
FATO	NATUREZA: CASO FORTUITO OU FORÇA MAIOR			INSTRUMENTO:	
	DATA/HORA: 01/04/2018 04:40			LOCAL DO FATO: COHAB - Conj. José Severino Bezerra, nº01 Centro Ibateguara	
	DIA DA SEMANA: 7 PONTO DE REFERÊNCIA:			<i>coba</i>	
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SAHARA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASADO 3 VIUVO	NACIONALIDADE 1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO	DIA DA SEMANA 1 SEG 4 QUI 7 DOM 2 TER 5 SEX 3 QUA 6 SAB	GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL
NOME / RAZÃO SOCIAL: MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO				RG: 31472850	SSP-AL
FILIAÇÃO: Cicero Pedro do Nascimento				Eliane Benedita da Silva	
PROFISSÃO		DATA DE NASCIMENTO: 24/07/1987		IDADE: 30	COR:
UF: AL NATURALIDADE:		NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL:	GRAU INSTRUÇÃO:
ENDEREÇO: Rua José Alves		BAIRRO:		CIDADE: Ibateguara	
SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM		ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () IN		FORA	
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:				OCORRÊNCIA RELACIONADA A:	
Nº 0302-E/18-0021					
AUTOR: DESCONHECIDO					
HISTORICO	Chegou ao conhecimento desta delegacia plantonista a morte de MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO, ocorrida no Conj. José Severino Bezerra, nº01, COHAB, Ibateguara.				
	Que, ANDREANE PEREIRA DA SILVA SANTOS afirmou que Mauricio estava bebendo em uma praça da cidade, juntamente com alguns amigos e que por volta das 01h30 foram para a sua residência; Que, MAURÍCIO saiu da sua residência e depois retornou machucado, não informando o que tinha acontecido; Que, como o mesmo estava muito embriagado, colocou um colchão para que ele pudesse se deitar; Que, por volta das 8h chamou socorro médico porque não conseguia acordá-lo; Que, os socorristas informaram que MAURÍCIO já se encontrava em óbito; Que, WELLINGTON, vigilante da rua, afirmou ter visto MAURÍCIO sofrer um acidente em sua motocicleta na rua do Rio. EM TEMPO: Conforme foi apurado no IP 11/2018-118ºDP, no momento do acidente, MAURÍCIO estava pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG150 FAN ESDI, placa ORG-9349, Ibateguara/AL., Ch. 9C2KC1680ER007781, ano e mod. 2013 X 2014, cor Preta, registrada em nome de sua irmã Gerlane Maria do Nascimento, quando teria perdido o controle da mesma e batido numa parede. E, conforme a Certidão de Óbito nº 003012 01 55 2018 4 00008 230 0003184 61, a Causa Mortis foi TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO DE INSTRUMENTO CONTUDENTE, possivelmente do acidente com a supracitada motocicleta, na madrugada daquele dia.				
INQUÉRITO POLICIAL					
NÚMERO 0307-B/18-0008		DELEGACIA: 118º DP - Ibateguara 11ª DRP/DPJA3		NÚMERO: IP 11/2018	
DATA INSTAURAÇÃO: 02/04/2018 09:00:00		DATA CONCLUSÃO: 25/04/2018 11:00:00		FORMA CONCLUSÃO: SEM AUTORIA	
MOTIVAÇÃO: Ocasional					
FESTEMUNHA	1 NOME: ANDREANE PEREIRA DA SILVA SANTOS				
	ENDEREÇO: Conj. José Severino Bezerra, COHAB 01 Ibateguara AL				
	2 NOME:				
ENDEREÇO:					RECEBIDO 09 NOV 2018 <i>Segurança Líder FIDVAT</i>
NOTICIANTE:					
ELABORADO POR: Taina Soares Bezerra Santos Cavalcante		ASS.:		RG / MAT.: 147-3	
AUTORIDADE: Edberg Sobral de Oliveira		ASS.:		RG / MAT.: 347-6	
ESCRIVÃO AD-HOC: Taina Soares Bezerra Santos Cavalcante		ASS.:		RG / MAT.: 147-3	

VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO
 Ibateguara/AL

CERTIDÃO
 Certifico haver conferido e autenticado a presente fotocópia com o original que me foi apresentado. Dou fé.
 Ibateguara/AL, 30 de 10 de 2018
 Em Teste da Verdade.

Josefa Gilda O. Caldas da Silva
 Tabelã Pública

ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0302-E/18-0024	Pág. 1 / 1
DELEGACIA: 115º DP - São José da Laje 11º DRP/DPJA3 FONE: 32851422		DATA/HORA COMUNICADO: 01/04/2018 20:10 DELEGACIA DESTINO: 118º DP - Ibateguara 11º DRP/DPJA3			
FATO	NATUREZA: CASO FORTUITO OU FORÇA MAIOR			INSTRUMENTO:	
	DATA/HORA: 01/04/2018 04:40			LOCAL DO FATO: COHAB - Conj. José Severino Bezerra, nº01 Centro Ibateguara	
	DIA DA SEMANA: 7 PONTO DE REFERÊNCIA:				
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SÁRARA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIUVO		NACIONALIDADE 1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO	
DIA DA SEMANA 1 SEG. 4 QUI. 7 DOM 2 TER. 5 SEX. 3 QUA. 6 SAB.		GRÁU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL			
NOME / RAZÃO SOCIAL: MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO				RG: 31472850	SSP-AL
FILIAÇÃO: Cicero Pedro do Nascimento				Eliane Benedita da Silva	
PROFISSÃO:		DATA DE NASCIMENTO: 24/07/1987		IDADE: 30	COR:
UF: AL		NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL:	GRÁU INSTRUÇÃO:
ENDEREÇO: Rua José Alves					
BAIRRO:		CIDADE: Ibateguara		FORA	
SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () IN					
AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:				OCORRÊNCIA RELACIONADA A:	
Nº 0302-E/18-0021					
AUTOR: DESCONHECIDO					
HISTÓRICO	Chegou ao conhecimento desta delegacia plantonista a morte de MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO, ocorrida no Conj. José Severino Bezerra, nº01, COHAB, Ibateguara.				
	Que, ANDREANE PEREIRA DA SILVA SANTOS afirmou que Maurício estava bebendo em uma praça da cidade, juntamente com alguns amigos e que por volta das 01h30 foram para a sua residência; Que, MAURÍCIO saiu da sua residência e depois retornou machucado, não informando o que tinha acontecido; Que, como o mesmo estava muito embriagado, colocou um colchão para que ele pudesse se deitar; Que, por volta das 8h chamou socorro médico porque não conseguia acordá-lo; Que, os socorristas informaram que MAURÍCIO já se encontrava em óbito; Que, WELLINGTON, vigilante da rua, afirmou ter visto MAURÍCIO sofrer um acidente em sua motocicleta na rua do Rio. EM TEMPO: Conforme foi apurado no IP 11/2018-118ºDP, no momento do acidente, MAURÍCIO estava pilotando a motocicleta de marca HONDA/CG150 FAN ESDI, placa ORG-9349, Ibateguara/AL., Ch. 9C2KC1680ER007781, ano e mod. 2013 X 2014, cor Preta, registrada em nome de sua irmã Gerlane Maria do Nascimento, quando teria perdido o controle da mesma e batido numa parede. E, conforme a Certidão de Óbito nº 003012 01 55 2018 4 00006 230 0003184 61, a Causa Mortis foi TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO DE INSTRUMENTO CONTUDENTE, possivelmente do acidente com a supracitada motocicleta, na madrugada daquele dia.				
INQUÉRITO POLICIAL					
NÚMERO: 0307-B/18-0008		DELEGACIA: 118º DP - Ibateguara 11º DRP/DPJA3		NÚMERO: IP 11/2018	
DATA INSTAURAÇÃO: 02/04/2018 09:00:00		DATA CONCLUSÃO: 25/04/2018 11:00:00		FORMA CONCLUSÃO: SEM AUTORIA	
MOTIVAÇÃO: Ocasional					
FESTEMUNHA	1 NOME: ANDREANE PEREIRA DA SILVA SANTOS				
	ENDEREÇO: Conj. José Severino Bezerra, COHAB 01 Ibateguara AL				
FESTEMUNHA	2 NOME:				
	ENDEREÇO:				
NOTICIANTE:					
ASS.:					
ELABORADO POR: Taina Soares Bezerra Santos Cavalcante					
ASS.:					
RG / MAT.: 147-3					
AUTORIDADE: Edberg Sobral de Oliveira					
ASS.:					
RG / MAT.: 347-6					
ESCRIVÃO AD-HOC: Taina Soares Bezerra Santos Cavalcante					
ASS.:					
RG / MAT.: 147-3					

Boletim de ocorrência



Nº 0302-E/18-0021

RECEBIDO

09 NOV 2018

Seguradora Líder (DPVAT)



VÁLIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO
Ibateguara/AL

CERTIDÃO

Certifico haver recebido e autenticado a presente fotocópia com o original que me foi apresentado. Dou fé.

Ibateguara/AL, 30 de 10 de 2018

Em Teste da Verdade.

Josefa Glória O. Caldas da Silva
Tabeliã Pública



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME

EMILLY MAYSIA NASCIMENTO DA SILVA

MATRÍCULA

003012 01 55 2012 ; 00022 135 0021913 10

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Onze de setembro de dois mil e doze.

DIA

11

MÊS

09

ANO

2012

HORA DE NASCIMENTO

16h05min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

União dos Palmares - AL

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Ibateguara - AL

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital São Vicente de Paula, Av. Hermeno
Piech, 469 em União dos Palmares/AL

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO, natural de Ibateguara - AL e VALERIA MARIA DA SILVA, natural de São José da
Laje - AL

AVÓS

CICERO PEDRO DO NASCIMENTO e ELIANE BENEDITA DA SILVA (paternos) e SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA e MARIA
JOSÉ DA SILVA FILHA (maternos)

CELEBROS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS CELEBROS

Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Tês de outubro de dois mil e doze.

NÚMERO DA DNV

30-61396210-0

OBSERVAÇÕES / ADVERTÊNCIAS

Ato registrado no livro A-22, à folha 135 sob o nº 21913. Data do registro: 3 de outubro de 2012. Data de nascimento da
registrada: 11 de setembro de 2012.

Nome do oficial
Serviço de Registro Civil e Notas - 1º Ofício

Oficial registrador
Divanêa Pereira de Oliveira

Município/UF
Ibateguara

Endereço
Rua do Comércio, 210 - Centro

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Ibateguara, 3 de outubro de 2012.

Divanêa Pereira de Oliveira
Oficial

Válido Somente com selo de
Autenticidade.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME

EMILLY MAYSA NASCIMENTO DA SILVA

MATRÍCULA

003012 01 55 2012 ; 00022 135 0021913 10

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

Onze de setembro de dois mil e doze.

DIA

11

MÊS

09

ANO

2012

HORA DE NASCIMENTO

16h05min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

União dos Palmares - AL

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Ibateguara - AL

LOCAL DE NASCIMENTO

Hospital São Vicente de Paula, Av. Hermeno
Plech, 469 em União dos Palmares/AL

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO, natural de Ibateguara - AL e VALERIA MARIA DA SILVA, natural de São José da
Laje - AL

AVÓS

CÍCERO PEDRO DO NASCIMENTO e ELIANE BENEDITA DA SILVA (paternos) e SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA e MARIA
JOSÉ DA SILVA FILHA (maternos)

CÔNUGOS

Não

NOME E MATRÍCULA DO(S) CÔNUGO(S)

Nada consta.

DATA DE REGISTRO (POR EXTENSO)

Tês de outubro de dois mil e doze.

NÚMERO DA DNV

30-61396210-0

OBSERVAÇÕES / AVERSÕES

Ato registrado no livro A-22, à folha 135 sob o nº 21913. Data do registro: 3 de outubro de 2012. Data de nascimento da
registrada: 11 de setembro de 2012.

Nome do órgão
Serviço de Registro Civil e Notas - 1º Ofício

Oficial registrador
Divanêa Pereira de Oliveira

Município/UF
Ibateguara

Endereço
Rua do Comércio, 210 - Centro

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Ibateguara, 3 de outubro de 2012.

Divanêa Pereira de Oliveira
Oficial

Válido Somente com selo de
Autenticidade.

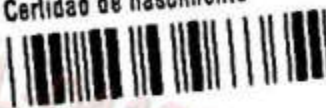




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Certidão de nascimento

REGIST



ESTADO DE: Alagoas.

MUNICÍPIO DE: Ibateguara.

DISTRITO DE: Ibateguara.

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ALISTADO PELA
JSM IBATEGUARA - AL

Nº 12.655

Eu, Divanilza Pereira de Oliveira, .x.x.x.x.x.x.v.m. oficial do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc
CERTIFICO que às fls. 196 do livro "A" -15. do registro de
nascimento, foi feito o assento de MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO,
nascido no dia 24 (vinte e quatro), .x.x.x.x.x.x. de Julho, .v.v.x.v.x.v.
de 1987 (mil novecentos e oitenta e sete), .x.x.x.v.y.x.x.x.x.x.x.x.x.x.
às 19:00 (dezenove), .x.x.x.x. horas, em domicílio à Rua Joaquim Henrique Ja-
tobá, nesta Cidade. do sexo masculino, .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.
filho de Cicero Pedro do Nascimento, .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.v.v.y.y.y.y.y.x
e Eliane Benedita da Silva, .x.x.y.x.v.x.x.x.x.x.v.x.x.f.x.x.v.x.x.v.y.x.x.x
sendo avós paternos Pedro José do Nascimento, .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.y
Josefa Quitéria do Nascimento, .x.x.x.x.x.x.v.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x
e maternos Felipe Manoel da Silva, .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x
e Benedita Simão da Silva, .x.x.x.x.x.x.v.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x
Foi declarante O Genitor, .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x
e serviram de testemunhas Ulisses Raimundo da Silva, .x.x.x.x.x.x.x.x.x.x.x
e Adeildo Pereira da Silva, .x
OBSERVAÇÕES: Registro feito na forma da lei e copiado do original.

Vide nome com selo de
Autenticidade.

Registrado em 21 de Setembro de 1992.

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Ibateguara(Al)

21

de

AGOSTO

de 20

1993.

[Assinatura]
Oficial

CERTIDÃO

Certifico haver conteúdo e autenticado a presente fotocópia com o original que me foi apresentado. Dou fé.
Ibateguara/AL, 3 de 10 de 2018
Em Teste da Verdade.

Josefa Glória O. Caldas da Silva
Tabela Pública

Certidão de óbito

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
RECEBIMOS DA SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E NOTARIAIS**

NOME:

MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF: 062.054.754-56

MATRÍCULA:

003012 01 55 2018 4 00006 230 0003184 61

SEXO Masculino	COR Branca	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 30 anos
NATURALIDADE Ibateguara, Alagoas	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 062.054.754-56, RG Nº 60440433-5 SSP/SP	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
Filho de CICERO PEDRO DO NASCIMENTO e de ELIANE BENEDITA DA SILVA. Residência do falecido: Rua José Alves nº 56, Ibateguara, Alagoas

DATA E HORA DE FALECIMENTO
Um de abril de dois mil e dezoito, às 5h00min.

DIA 01	MÊS 04	ANO 2018
-----------	-----------	-------------

LOCAL DE FALECIMENTO
Conjunto Severino José Bezerra (rua do Rio) Ibateguara-AL

CAUSA DA MORTE
TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO DE INSTRUMENTO CONTUDENTE, COLISÃO MOTO AO CAMINHÃO

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO Cemitério de Ibateguara-AL	DECLARANTE VALERIA MARIA DA SILVA, nacionalidade brasileira, RG Nº 60038441-X SSP/SP, CPF/MF Nº 117.152.034-45, profissão do Lar, estado civil solteira, residente Rua José Alves, 56, nesta cidade, Companheira do falecido
---	---

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO
MARIA GORETTI PRAXEDES LEAL, CRM 3328

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCEER
Ato registrado no livro C-6, às folhas 230 sob o nº 3184. Data do registro: 3 de abril de 2018. Data do óbito: 1 de abril de 2018. Profissão do falecido: Pedreiro. Data de nascimento do falecido: 24 de julho de 1987. Era portador do título de eleitor nº 032332071767, Zona 221, Seção 0230. Solteiro. REGISTRO FEITO NA FORMA DA LEI. NÃO DEIXOU BENS E DEIXOU 02 FILHOS, VIVIA EM UNIÃO ESTÁVEL COM A DECLARANTE SRA. VALERIA MARIA DA SILVA. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO				
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	60440433-5	09/10/2015	SSP/SP	
Reservista	200302019553			
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	032332071767	221/0230	Salto	SP
CEP Residencial	57890-000			

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

Nome do Oficial
Serviço de Registro Civil e Notas 1º Oficial

Oficial Registrador
Divanêa Pereira de Oliveira

Município/UF
Ibateguara/AL

Endereço
Rua do Comércio, 210 - Centro

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Ibateguara/AL, 3 de abril de 2018.

Cartório de Serviço Registral e Notarial
Ibateguara-AL

Divanêa Pereira de Oliveira Oficial
José Divino R. de Oliveira Substituto

Oficial AA 924416

CERTIDÃO

Certifico haver conferido e autenticado a presente fotocópia com o original que me foi apresentado. Dou fé. de 2018 de 10 de 2018 da Verdade.

Em Teste

Josefa Gilda O. Caldas da Silva
Tabela Pública

Certidão de óbito

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME:

MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

CPF

062.054.754-56

MATRÍCULA:

003012 01 55 2018 4 00006 230 0003184 61

SEXO

Masculino

COR

Branca

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteiro, 30 anos

NATURALIDADE

Ibateguara, Alagoas

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF/MF Nº 062.054.754-56, RG Nº
60440433-5 SSP/SP

ELEITOR

Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de CICERO PEDRO DO NASCIMENTO e de ELIANE BENEDITA DA SILVA. Residência do falecido: Rua José Alves nº 56, Ibateguara, Alagoas

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Um de abril de dois mil e dezoito, às 5h00min.

DIA

01

MÊS

04

ANO

2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Conjunto Severino José Bezerra (rua do Rio) Ibateguara-AL

CAUSA DA MORTE

TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO DE INSTRUMENTO CONTUDENTE, COLISÃO MOTO AO CAMINHÃO

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério de Ibateguara-AL

DECLARANTE

VALERIA MARIA DA SILVA, nacionalidade brasileira, RG Nº 60038441-X SSP/SP, CPF/MF Nº 117.152.034-45, profissão do Lar, estado civil solteira, residente Rua José Alves, 56, nesta cidade, Companheira do falecido

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

MARIA GORETTI PRAXEDES LEAL, CRM 3328

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCEER

Ato registrado no livro C-6, às folhas 230 sob o nº 3184. Data do registro: 3 de abril de 2018. Data do óbito: 1 de abril de 2018. Profissão do falecido: Pedreiro. Data de nascimento do falecido: 24 de julho de 1987. Era portador do título de eleitor nº 032332071767, Zona 221, Seção 0230. Solteiro. REGISTRO FEITO NA FORMA DA LEI. NÃO DEIXOU BENS E DEIXOU 02 FILHOS, VIVIA EM UNIÃO ESTÁVEL COM A DECLARANTE SRA. VALERIA MARIA DA SILVA. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	60440433-5	09/10/2015	SSP/SP	
Reservista	200302019563			

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	032332071767	221/0230	Salto	SP

CEP Residencial 57890-000

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

Nome do Oficial
Serviço de Registro Civil e Notas 1º OficialOficial Registrador
Divanée Pereira de OliveiraMunicípio/UF
Ibateguara/ALEndereço
Rua do Comércio, 210 - CentroO conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Ibateguara/AL, 3 de abril de 2018.Certório de Serviço Registral e Notarial
Ibateguara-ALDivanée Pereira de Oliveira-Oficial
José Divanée R. da Oliveira-Substituto

Oficial AA 924416

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

03/01/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

321025509101

VALOR TOTAL:

2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ITALO CLAUDIO DE SOUSA ALENCAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00684

CONTA: 000817734768

Número da Autenticação

E50ED9F818CE8971

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

07/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320016217102

VALOR TOTAL:

3.769,85

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALERIA MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03373

CONTA: 000000005869

Número da Autenticação

88777D992F4EE034

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/12/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320016217101
VALOR TOTAL:	3.769,85

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03373

CONTA: 000000001570

Número da Autenticação

DB9F056E66E5C254

Comptabilité de l'État

SEU CODING

0307878-7

●●●●●

CONTA MES	VENCIMENTO	CONTA MES	VENCIMENTO
OUTUBRO/2018	17/10/2018	80	46,77

MARIA JOSÉ DA SILVA FILHA
R JOSÉ ALVES 108 BAIRRO URBANO

57.890-000 - IGATEGUARA

ROT: 050.11.003.004560

DADOS DA LEITURA		FATOR ELÉTRICO		ROT: 050.11.003.00456	
	kWh	kVarh		DATAS DA LEITURA	
Ativo 1	2678			09/10/2018	
Ativo 2	2598			10/09/2018	
Ativo 3	1,800			08/11/2018	
Ativo 4	80			08/10/2018	
Ativo 5	80			09/10/2018	
Ativo 6	NORMA	Sistema Positivo			
Ativo 7					19

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Potência	Código Pat.	Idade em meses
RESID. BX. RENDA	MONO	E226815/	5 1 45243	1.4.1.1	74

HISTÓRICO RUA		DESCRIÇÃO DA CONTA		
SET/18	87	CONSUMO	30 kWh a R\$ 0,255869 =	7,67
AGO/18	81		50 kWh a R\$ 0,438618 =	21,93
JUL/18	84	DIFERENÇA DE TARIFA		30,44
JUN/18	69	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		23,56
MAY/18	79	CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP)		10,22
ABR/18	79	CORREÇÃO MONETÁRIA 09/18-80		0,01
MAR/18	69	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	1,97	
FEV/18	67			
JAN/18	71			
DEZ/17	75			
NOV/17	67			
OUT/17	63			

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

32BC, 0F94, 263C, F363, C295, 9666, 07C1, 864F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	16,46	Base de Cálculo	60,04
Energia	0,00	Alíquota ICMS	17,00%
Manutenção	0,00	Valor do ICMS	10,20
Embalagem	0,00	Valor da Pis	0,00
Total	16,46	Valor do COFINS	2,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DIC			FIC			DMC	OCRF
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Leitura	5,62	11,34	22,69	1,92	1,85	15,70	1,29	
Escrita	1,77			2,00			0,98	

SE UNIAO DOS PAISES

Revised for
ADIT-CPA 08/2018 6/17 4/15/18



SEU CODIGO

0307878-7

0412362/18

CONTA MES VENCIMENTO CONTINUIDADE A PAGAR (R\$)

OUTUBRO/2018

17/10/2018

80

46,71

MARIA JOSE DA SILVA FILHA
R JOSE ALVES 108 BAIRRO URBANO

57.890-000 - IBATEGUARA

ROT: 050.11.003.004560

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual	2678		09/10/2018
Anterior	2598		10/09/2018
	1.000		08/11/2018
	80		08/10/2018
	80	1 CAM	09/10/2018
Medidor	NORMAL		Medida em
	Fator de Potência		29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Numero Medidor	Posto	Código Est.	Módulo 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MONO	E2268157	S 1 45243	1.4.1.1	74

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
SET/18 87	CONSUMO 30 kWh a R\$ 0,255869 = 7,67
AGO/18 81	50 kWh a R\$ 0,438618 = 21,93
JUL/18 84	DIFERENÇA DE TARIFA 30,44
JUN/18 69	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 23,56
MAI/18 79	CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP) 10,22
ABR/18 79	CORREÇÃO MONETÁRIA 09/18-00 0,01
MAR/18 69	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,97
FIV/18 67	
IAN/18 71	
DEZ/17 75	
NOV/17 67	
OUT/17 67	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

REFE. DIÁRIO AO FISCO 32BC.8F94.263C.F363.C295.9666.07C3.864F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição	46,46	Taxa de Cálculo	60,04
Energia	0,00	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	10,20
Produtos	0,00	Valor do PIS	0,60
Tributos	13,58	Valor do COFINS	2,78

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIC			FIC			DMIC	DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,67	11,34	22,69	3,92	7,85	15,70	3,29	
Atual	1,77			2,00			0,98	

SF UNIAO DOS PAIS

Período de Análise: 08/2018

0412362/18
fernanda.santos
29/04/2020 15:55:20



Saldo Anterior	Pagamentos (Crédito)	Saldo Restante	Despesas do Mês (Débito)	Total desta Fatura	Pagamento Mínimo
R\$ 619,57 (-)	R\$ 619,57 (=)	R\$ 0,00 (+)	R\$ 583,34 (=)	R\$ 583,34	R\$ 122,91

Demonstrativo das Movimentações			Número do Cartão	Vencimento
Data	Descrição	Valor R\$	5362.XXXX.XXXX.1900	10/05/2020
01/04/2020	5362.XXXX.XXXX.1900	619,57		
19/04/2020	PAGAMENTO ON LINE	1,90		
	SEG CART STDA LIBERTY			
02/05/2019	5117.XXXX.XXXX.0104	30,81		
03/05/2019	AME DIG'AME D-GITAL	16,60		
09/05/2019	MERCADO/MERCADOLIVRE	41,66		
04/02/2020	STELO S.A. YUCATAN	54,92		
04/03/2020	PAO JOSELENI DOBELARM	56,00		
02/04/2020	W. DE L. FERREIRA	333,79		
09/04/2020	NETFLIX.COM	45,60		

Limites	
Límite de Crédito	R\$ 1.500,00
Límite de Saque	R\$ 0,00

Encargos Financeiros	
Encargos Rotativos	7,70% a.m
Encargos Máximo Próximo Período	10,70% a.m
Juros de Mora	1,00% a.m
Multa por Atraso	2,00% sobre o valor da fatura
IOF de Financiamento	0,626% a.m
IOF Internacional	6,38% sobre o valor da transação
CET do Financiamento da Fatura	251,60% a.a

Atendimento Inter	
3003 4070 - Central de Relacionamento para Capital e Regiões Metropolitanas	
0800 940 0007 - Dama de Localidades	
0800 940 9999 - SAC	
0800 940 7772 - Ouvidoria	
0800 979 7099 - Deficiente de fala e audição	
www.bancointer.com.br	

Compras Parceladas - Próximas Faturas		
Data	Estabelecimento	Valor em R\$
02/05/2019	ame dig'AME Digital 09/12	30,81
03/05/2019	MERCADO/MERCADOLIVRE 09/12	16,60
09/05/2019	PARCELA/MERCADO Fatura 09/18	41,66
04/02/2020	STELO S.A. YUCATAN 03/04	54,92

Informações Importantes	
Atenção: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor e o valor pago.	

banco inter		077-9	07790.00116 01001.305208 87429.928762 7 00000000000000
LOCAL DE PAGAMENTO		VENCIMENTO 10/05/2020	
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO, MESMO APÓS O VENCIMENTO			
AGÊNCIA / DEBENTE	RONE/CHARGO (BANCO INTER S/A CNPJ: 00.418.968/0001-01)		AGÊNCIA / DEBENTE
00001/00190101	AV. DO CONTORNO 7777 LOURDES - 30130-051 - BELO HORIZONTE / MG		00001/00190101
ESPECIE	R\$	DATA DOCUMENTO	NÚMERO NÚMERO
		30/04/2020	08742992876
VALOR DO DOCUMENTO	583,34	Nº DOCUMENTO	08742992876
		10259441476	
VENCIMENTO	10/05/2020	EMISSÃO DE DOC	08742992876
		OUTROS	
		QUANTIDADE DE MOEDA	
		VALOR DE MOEDA	
OBSERVAÇÕES (Todos os pagamentos devem ser feitos até a data de validade da fatura)			
Os encargos sobre o pagamento em atraso constarão na próxima fatura mensal.			
Utilize esta ficha de compensação caso deseje quitar ou pagar parcialmente o saldo devedor do seu Cartão Inter.			
SR. CAIXA FAVOR NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE			
PAGADOR ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA			
R SIQUEIRA CAMPOS SN CASA			
Centro			
57890000 Itabaguara AL			
Assinatura			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			
FICHA DE COMPENSAÇÃO			





Saldo Anterior		Pagamentos (Crédito)		Saldo Restante		Despesas do Mês (Débito)		Total desta Fatura		Pagamento Mínimo
R\$ 619,57	(-)	R\$ 619,57	(=)	R\$ 0,00	(+)	R\$ 683,34	(=)	R\$ 683,34		R\$ 122,91

Demonstrativo das Movimentações			Número do Cartão	Vencimento
Data	Descrição	Valor R\$	5362.XXXX.XXXX.1900	10/05/2020
01/04/2020	5362.XXXX.XXXX.1900	619,57		
19/04/2020	PAGAMENTO ON LINE	1,90		
	SEG CART STDA LIBERTY			
02/08/2019	5117.XXXX.XXXX.0104	30,81		
03/08/2019	AME DIG'AME D-GITAL	16,60		
09/08/2019	MERCADO/MERCADOLVRE	41,66		
04/02/2020	STELO S.A. YUCATAN	54,92		
04/03/2020	PAO JOSELENI DOBELARM	56,00		
02/04/2020	W. DE L. FERREIRA	333,79		
09/04/2020	NETFLIX.COM	45,60		
			Limites	
			Límite de Crédito	R\$ 1.500,00
			Límite de Saque	R\$ 0,00
			Encargos Financeiros	
			Encargos Rotativos	7,70% a.m
			Encargos Máximo Próximo Período	10,70% a.m
			Juros de Mora	1,00% a.m
			Multa por Atraso	2,00% sobre o valor da fatura
			IOF de Financiamento	0,626% a.m
			IOF Internacional	6,38% sobre o valor da transação
			CET do Financiamento da Fatura	261,60% a.a
			Atendimento Inter	
			3003 4070 - Central de Relacionamento para Capital e Regiões Metropolitanas	
			0800 940 0007 - Demais Localidades	
			0800 940 6666 - SAC	
			0800 940 7772 - Ouvidoria	
			0800 979 7099 - Deficiente de fala e audição	
			www.bancointer.com.br	
			Compras Parceladas - Próximas Faturas	
Data	Estabelecimento	Valor em R\$		
02/08/2019	ame dig'AME Digital 09/12	30,81		
03/08/2019	MERCADO/MERCADOLVRE 09/12	16,60		
09/08/2019	PARCELA/MERCADO FATURA 09/18	41,66		
04/02/2020	STELO S.A. YUCATAN 03/04	54,92		
Informações Importantes				
Atenção: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor e o valor pago.				

banco inter		077-9	07790.00116 01001.305208 87429.928762 7 00000000000000
LOCAL DE PAGAMENTO		VENCIMENTO 10/05/2020	
PAGAVEL EM QUALQUER BANCO, MESMO APÓS O VENCIMENTO			
AGÊNCIA / DEBENTE	RONE/CHARGO (BANCO INTER S/A CNPJ: 00.418.968/0001-01)		AGÊNCIA / DEBENTE
00001/00190101	AV. DO CONTORNO 7777 LOURDES - 30130-051 - BELO HORIZONTE / MG		00001/00190101
ESPECIE	R\$	DATA DOCUMENTO	NÚMERO NÚMERO
		30/04/2020	08742992876
VALOR DO DOCUMENTO	563,34	Nº DOCUMENTO	10147
		10259441476	
VENCIMENTO	10/05/2020	TIPO DE DOC	OUTROS
		ADOTE	N
		DATA PROCESSAMENTO	30/04/2020
		QUANTIDADE DE MOEDA	VALOR DE MOEDA
		001	563,34
INSTRUÇÕES (Fornecer as informações sobre o tempo de validade da responsabilidade do beneficiário)			
Os encargos sobre o pagamento em atraso constarão na próxima fatura mensal. Utilize esta ficha de compensação caso deseje quitar ou pagar parcialmente o saldo devedor do seu Cartão Inter.			
SR. CAIXA FAVOR NÃO ACEITAR PAGAMENTO EM CHEQUE			
PAGADOR		ANTONIO ROBERTO DA SILVA SOUZA	
		R SIQUEIRA CAMPOS	
		SEN CASA	
		Centro	
		57890000 Itabaguara AL	
		Unidade	
BANCO INTER S/A CNPJ: 00.418.968/0001-01			
AV. DO CONTORNO 7777			
LOURDES - 30130-051 -			
BELO HORIZONTE / MG			
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	
		FICHA DE COMPENSAÇÃO	



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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 062054754156 4 - Nome completo da vítima: Maurício Pedro do Nascimento

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

5 - Nome completo: Valéria Maria da Silva 6 - CPF: 117-152-034-95
7 - Profissão: op. de caixa 8 - Endereço: R: José Alves 9 - Número: 117 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itateguana 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: Valeria_Magna_9553@Gmail.com 16 - Tel.(DDD): 991953428

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 00005869 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 02/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: companheira 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Valéria Maria da Silva
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: X Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (valores)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: X Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: Juliana Alves de Melo
CPF: 114 998 954 88
Juliana
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: João Juliano da Silva
CPF: 132 548 696 62
João
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Valéria Maria da Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 662.054.754/56 4 - Nome completo da vítima: Mauricio Pedro da Nascimento

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

5 - Nome completo: Lucas da Silva Nascimento 6 - CPF: _____
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. Siqueira Campos 9 - Número: _____ 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: _____ 12 - Cidade: Itateguara 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): (82) 99367-1274

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: Antônio Roberto da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 102.694.414-76 19 - Profissão do Representante Legal: Guarda

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)

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

AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 1570 8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 01/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Companheira 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Zuleia Maria da Silva

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☒ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☒ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☒ 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: Adelina Elcin Holanda de Sousa
CPF: 453.406.174-91

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Vinicius de Holanda Silva
CPF: 126.767.114-90

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Itateguara, 27.10.20

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)
Antônio Roberto S. Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



**PODER
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS**

Juízo de Direito Vara do Único Ofício de São José da Laje

Praça Osman Costa Pino, Centro - CEP 57860-000, Fone: 3285-1113, São José da Laje-AL - E-mail: saojosedalaje@tjal.jus.br

TERMO DE COMPROMISSO DE CURADOR

Autos nº 0700290-54.2018.8.02.0052

Ação: Tutela e Curatela - Nomeação

Requerente: Antônio Roberto da Silva Souza

Interditando: Lucas da Silva Nascimento

Livro nº 01 – Termo de Tutela/Curatela

Aos 05 de dezembro de 2019, na sala da Vara do Único Ofício de São José da Laje, Praça Osman Costa Pino, Centro - CEP 57860-000, Fone: 3285-1113, São José da Laje-AL - E-mail: saojosedalaje@tjal.jus.br, Estado de Alagoas, República Federativa do Brasil, perante o Dr. José Alberto Ramos, Juiz de Direito Substituto, comigo Auxiliar Judiciário do seu cargo, abaixo assinado, e sendo aí, compareceu o(a) Sr.(a) **ANTÔNIO ROBERTO DA SILVA SOUZA**, Brasileira, Casado, Guarda Urbano, Rua Siqueira Campos, s/n, 082 99367-1274, Centro, CEP 57860-000, Ibateguara - AL, a quem o Doutor Juiz, deferiu o compromisso legal de bem e fielmente, sem dolo nem malícia exercer a função de **CURADOR** de **LUCAS DA SILVA NASCIMENTO**, Brasileira, Solteiro, com endereço à Rua Siqueira Campos, s/n, 082-99367-1274, Centro, CEP 57860-000, Ibateguara - AL, conforme Sentença prolatada nos autos de ação de Tutela e Curatela - Nomeação, processo nº 0700290-54.2018.8.02.0052, datada de 11/11/2019, que tem a seguinte conclusão: "[...] Ante o exposto, com fulcro nos arts. 36 e 38 do Estatuto da Criança e do Adolescente, Código Civil e art. 487, I do CPC, julgo procedente o pedido inicial nomeando o Requerente Antonio Roberto da Silva Souza tutor de Lucas da Silva Nascimento, visando o melhor interesse do menor.[...]"

CUMPRASE. Aceito por ele(a) o compromisso, assim o prometeu cumprir. Nada mais havendo a constar, mandou o MM. Juiz encerrar o presente que depois de lido e achado conforme, vai devidamente assinado. Eu, _____ Flaviany de Albuquerque Trajano, Auxiliar Judiciário, o digitei, conferi e subscrevi.

José Alberto Ramos
Juiz de Direito

* *Antônio Roberto da Silva Souza*
Curador(a)

Este documento é cópia do original assinado digitalmente por JOSE ALBERTO RAMOS. Para conferir o original, acesse o site, informe o processo 0700290-54.2018.8.02.0052 e o código 3EBC12C.

**PODER
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS**

Junço de Direito da Vara do Único Ofício de São José da Laje
Praça Osman Costa Pino, Centro - CEP 57860-000, Fone: 3285-1113, São José da Laje-AL - E-mail:
saojosedalaje@tjal.jus.br

Autos nº 0700290-54.2018.8.02.0052

Ação: Tutela e Curatela - Nomeação

Requerente: Antônio Roberto da Silva Souza

Interditando: Lucas da Silva Nascimento

SENTENÇA

Trata-se de **ação de tutela** proposta por **Antonio Roberto da Silva Souza** qualificado nos autos, com o objetivo de lhe ser concedida a tutela do jovem Lucas da Silva Nascimento, sobrinho do Requerente, em razão do falecimento dos pais biológicos do mesmo.

Decisão inicial concedeu ao requerente os benefícios da assistência judiciária gratuita (pp. 13-14).

Estudo Social a páginas 54-57.

Em parecer o Ministério Público Estadual se manifestou pela procedência dos pedidos.

É o relatório.

DECIDO.

Observo que o feito prescinde de dilação probatória, uma vez que as provas carreadas aos autos são suficientes para o julgamento antecipado da lide.

Pois bem. A tutela se constitui em instituto de proteção ao menor, o qual por situação excepcional se encontra desassistido da proteção dos pais. O objetivo da tutela é a proteção da criança ou adolescente em sua condição física, psíquica e patrimonial.

No caso verifico se tratar de pedido de tutela legítima, afinal, o pedido para nomeação de tutor é do tio da criança. Tal pedido se deu em virtude do óbito dos pais biológicos do mesmo, e não haver outro parente que possa cuidar do menor. Informa que o mesmo é portador de necessidades especiais, necessitando de representação.

O lar ofertado pelo Requerente se adequa as condições necessárias para o desenvolvimento das crianças e adolescentes objeto do pedido de tutela, conforme parecer realizado por assistentes sociais (p. 54-57).

Após o falecimento dos pais biológicos do menor, o menor passou a ficar aos cuidados de seu tio, quem lhe fornece todo tipo de auxílio e atenção necessários ao seu bom desenvolvimento, considerando ser o mesmo portador de necessidades especiais.

Ante o exposto, com fulcro nos arts. 36 e 38 do Estatuto da Criança e do Adolescente, Código Civil e art. 487, I do CPC, **julgo procedente** o pedido inicial nomeando o Requerente Antonio Roberto da Silva Souza tutor de Lucas da Silva Nascimento, visando o melhor interesse do menor.

Expeça o termo de compromisso, na forma do art. 32 do ECA, intimando a parte autora para assiná-lo, no prazo de cinco dias.

Sem custas processuais ou honorários advocatícios de sucumbência por

**PODER
JUDICIÁRIO
DE ALAGOAS**

Juízo de Direito da Vara do Único Ofício de São José da Laje
Praça Osman Costa Pino, Centro - CEP 57860-000, Fone: 3285-1113, São José da Laje-AL - E-mail:
saojosedalaje@tjal.jus.br

litigarem as partes sob o pálio da gratuidade judiciária.

Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

Após o cumprimento, archive-se com a respectiva baixa.

São José da Laje, 11 de novembro de 2019.

José Alberto Ramos
Juiz de Direito


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

Nº do sinistro ou ASL: 3180534374	CPF da vítima: 062054754/56	Nome completo da vítima: Maurício Pedro do Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Emilly Magda Nascimento Da Silva	CPF: 935412518-97	
Profissão: Estudante	Endereço: Rua Jose Alves	Número: 108
Bairro: Centro	Cidade: Itapecuru	Estado: AL
E-mail: zieleria-magda9553@gmail.com	CEP: 57890-000	Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:			
☐ RECURSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: 8373 03	CONTA: 00005869 5	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.

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

Estado civil da vítima:	☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☒ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: 02	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☒ Não
	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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: _____
	Nome: _____
	CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

zieleria Magda Da Silva

Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

 1ª | Nome: **ZELIA Z DE MELO**

 CPF: **064-009-274-84**

Assinatura

 2ª | Nome: **Wellington João da Silva**

 CPF: **069.56194-50**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura, NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Nº do sinistro ou ASL: **3180534374** CPF da vítima: **062054754/56** Nome completo da vítima: **MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO**

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

Nome completo: **LUCAS DA SILVA NASCIMENTO** CPF: **120 786 174-07**
Profissão: **ESTUDANTE** Endereço: **Rua SIQUEIRA CAMPOS** Número: **SIN** Complemento:
Bairro: Cidade: **IBATE-GUARA** Estado: **AL** CEP: **57890-000**
E-mail: Tel. (DDD): **(82) 993 67 1271**

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: **3373** (Informar o dígito se existir) DIS CONTA: **00006002** (Informar o dígito se existir) 9

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ (Informar o dígito se existir) CONTA: _____ (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.

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 5.194/74, 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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **01/04/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **VALERIA MARIA DO SILVA**

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **02** Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ Sim ☒ Não 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 cliente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valeria Maria Da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **ZELINZ DE MELO**
CPF: **064.009774-84**

Assinatura
2ª Nome: **Valéria Maria Da Silva**
CPF: **069.561.194-58**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar a presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



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

Nº do sinistro ou ASL: 3180534374 CPF da vítima: 062054754/56 Nome completo da vítima: Maurício Pedro do Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Valéria Maria Nascimento da Silva CPF: 495412518-97
Profissão: Estudante Endereço: Rua Jose Alves Número: 108 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Itatejuara Estado: AL CEP: 57890-000
E-mail: valeria-maria9553@gmail.com Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:
☐ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: 0373 03 CONTA: 000058695
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

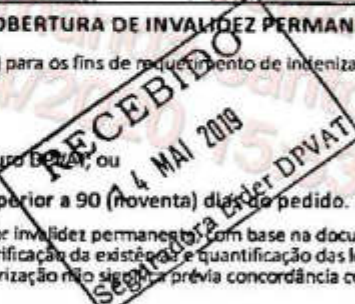
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 signifi- a 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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 02 Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não
Vivos: 02 Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado:
Local e Data:
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valéria Maria da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: ELIAZ DE MELO

CPF: 064-009-27484

Assinatura

2ª Nome: Wellington da Silva

CPF: 069-56194-50

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

Nº do sinistro ou ASL:
3180534374

CPF da vítima:
062054754/56

Nome completo da vítima:
MAURICIO PEDRO DO NASCIMENTO

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

Nome completo: **LUCAS DA SILVA NASCIMENTO**

CPF: **120 786 174-07**

Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço: **Rua SIQUEIRA CAMPOS**

Número: **SIN** Complemento:

Bairro:

Cidade: **IBATE-GUARA**

Estado: **AL**

CEP: **57890-000**

E-mail:

Tel. (DDD): **(82) 993 67 1271**

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☒ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **3373** **019** CONTA: **00006002** **9**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **01/04/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

VALERIA MARIA DA SILVA

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: **02**

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (val nascer)?

☐ Sim ☒ Não

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 cliente, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valeria Maria da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **ZELINEZ DE MELO**

CPF: **064.009.774-84**

Assinatura

2ª Nome: **WILLIAM ZILTON DA SILVA**

CPF: **069.561.694-58**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 062054754156 4 - Nome completo da vítima: maurício Pedro de Nascimento

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

5 - Nome completo: Emilly Magna Nascimento da Silva 6 - CPF: 495-412-518-94
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: R. José Alves 9 - Número: 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Itabaguara 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9-91953428

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: Valeria Maria da Silva
18 - CPF do Representante Legal: 117-152-034-45 19 - Profissão do Representante Legal: op. caixa

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\$1.00 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 POUPEANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 00005869 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 02/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: filha 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Valeria Maria da Silva
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: X Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (valores)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: X 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: Juliana Alves de Melo
CPF: 114.908.954-88
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: Sora Juliano da Silva
CPF: 132.542.684-62
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Valeria Maria da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante)

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: 3180534374 3 - CPF da vítima: 062054754156 4 - Nome completo da vítima: Maurício Pedro do Nascimento

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

5 - Nome completo: Valeria Maria da Silva 6 - CPF: 117-152-034-95
7 - Profissão: op. de caixa 8 - Endereço: R: Jose Alves 9 - Número: 117 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Itateguana 13 - Estado: AL 14 - CEP: 57890000
15 - E-mail: Valeria_Magna_9553@Gmail.com 16 - Tel.(DDD): 991953428

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3373 013 CONTA: 00005869 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), 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 à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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: 02/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: companheira 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Valeria Maria da Silva
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: X Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (filhos)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: X Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso omissa, 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: Juliana Alves de Melo
CPF: 114 998 954 88
Juliana
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: João Juliano da Silva
CPF: 132 548 696 62
João
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Valeria Maria da Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REGISTRO GERAL
60.440.433-5 1 Via
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 DATA DE EMISSÃO 09/10/2015

NOME
MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO
 CICERO PEDRO DO NASCIMENTO
 ELIANE BENEDITA DA SILVA

NATURALIDADE
 IBATEGUARA - AL

DOC ORDEM
 IBATEGUARA - AL CNVLA15/FLS 196 Nº12655

CPF
 062054754/56

DATA DE NASCIMENTO
 24/07/1987

ASSINATURA DO DIRETOR
 (Assinatura)
 Nº 7.118 DE 28/08/93

NÃO PLASTIFICAR

8220-6
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE SÃO PAULO
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUILBERTON DAUT

POLEGAR DIREITO

(Assinatura)

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

4457447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
 MAURÍCIO PEDRO DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIFIC. (Outra Carteira, IUR)
 31472050 RSP/AL

CPF
 062.054.754-56

DATA DE NASCIMENTO
 24/07/1987

FILIAÇÃO
 CICERO PEDRO DO NASCIMENTO
 ELIANE BENEDITA DA SILVA

VA
 3A

VALIDADE
 08/07/2014

EXPIRACAO
 30/10/2009

04800102443

ASSINATURA DO TITULAR
 (Assinatura)

DATA DE EMISSÃO
 19/11/2010

84775814653
 8442968726

DETRAN-SP (SAO PAULO)

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Moutinho Rêde de Mestriz

Loc. Nasc. Brasão de Armas Est. AL Data 24/01/51

Filição Ative Rêde de Mestriz e Rêde

Doc. Nº 3193285501 AL

ESTRANGEIROS

Doc. Ident. Nº

Chegada ao Brasil em

Exp. em

Obs.

Assinatura do Funcionário



Data Emissão 07 DEZ 2009



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

CONTINUAÇÃO

Número 067518 Série 000.33 AL

Assinatura do Portador
ASSINATURA DO PORTADOR

