
Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA LUCIA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANA LUCIA DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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, 11 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA LUCIA DOS SANTOS

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

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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, 26 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA LUCIA DOS SANTOS

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

Documentos de identificação incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA LUCIA DOS SANTOS

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

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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, 29 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANA LUCIA DOS SANTOS

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

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA LUCIA DOS SANTOS

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

Recebedor: ANA LUCIA DOS SANTOS

Valor: R\$ 6.914,09

Banco: 001

Agência: 000002440-6

Conta: 0000011123-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Data do Acidente: 30/01/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA LUCIA DOS SANTOS

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

Recebedor: ANA LUCIA DOS SANTOS

Valor: R\$ 6.914,09

Banco: 001

Agência: 000002440-6

Conta: 0000011123-6

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



IPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ana Lúcia dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 1.203.302EXPEDIDO POR SSPAEM 11/04/2019 ECPF 863272324-34 /CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO Autista

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Pedro dos Santos Pereira. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO 001 AGÊNCIA 2440-6 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 11.123-6

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Feliz Deserto, AC DATA 12/02/2019ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Ana Lúcia dos Santos

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO _____



IPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ana Lúcia dos SantosPORTADOR(A) DO RG Nº 1.203.302EXPEDIDO POR SSPAEM 11/04/2019 ECPF 863272324-34 /CNPJ 0000000000-000000-00, PROFISSÃO Autista

E RENDA MENSAL DE R\$ 600,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA José Pedro dos Santos Pereira. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos **não devem, de forma nenhuma**, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO 001 AGÊNCIA 2440-6 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 11.123-6

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

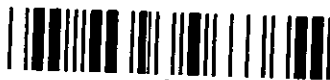
☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Feliz Deserto, AC DATA 12/02/2019ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Ana Lúcia dos Santos

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



10RTE



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
89º DISTRITO POLICIAL - CORURIBE - CORURIBE - AL

RECEBIDO

19 FEV 2019

Seguradora Lider DPVAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008587/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/01/2019 09:36

Data/Hora Fim: 31/01/2019 10:11

Delegado de Polícia: Gustavo Pires de Carvalho

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 89º Distrito Policial - Coruribe

Data/Hora do Fato: 30/01/2019 14:00

Local do Fato

Município: Coruribe (AL)

Logradouro: RODOVIA AL 455

Bairro: ÁREA RURAL

Nº: S/N

CEP: 57.230-000

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1222: Homicídio culposo na direção de veículo automotor (Art. 302 Caput da Lei dos crimes de trânsito)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDSON JOSÉ SILVA (COMUNICANTE, SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PE - Lagoa dos Gatos Sexo: Masculino

Nasc: 08/08/1986

Profissão: Comerciante

Estado Civil: Divorciado(a)

Nome da Mãe: Josefa Maria da Silva

Nome do Pai: José Arnaldo da Silva

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 055.979.244-19

Endereço

Município: Coruribe - AL

Logradouro: RUA DELFIM MOREIRA

Bairro: POV. PINDORAMA

Telefone: (82) 99306-1426 (Celular)

Nº: 157

CEP: 57.230-000



Nome Civil: JOSÉ PEDRO DOS SANTOS PEREIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AL - Coruribe

Sexo: Masculino

Nasc: 30/08/1993

Profissão: Funcionário Público

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Ana Lúcia dos Santos Pereira

Nome do Pai: Pedro Jorge Pereira

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 088.854.014-06

Endereço

Município: Coruribe - AL

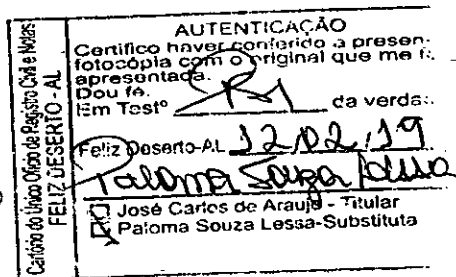
Logradouro: POVOADO SÃO LUIZ

Complemento: AO LADO DA ASSEMBLEIA DE DEUS

Bairro: ÁREA RURAL

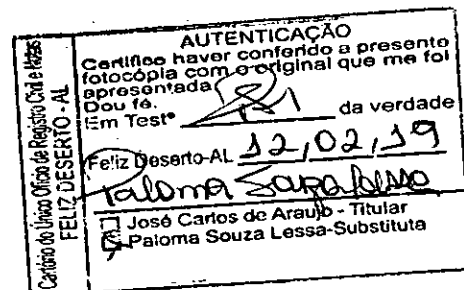
Nº: S/N

CEP: 57.230-000





GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
89º DISTRITO POLICIAL - CORURIBE - CORURIBE - AL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008587/2019

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Outros veículos
CPF/CNPJ do Proprietário 077.106.254-01	Placa ORK9849
Renavam 01024186951	Número do Motor M260543
Número do Chassi 9BRBDWHE7F0238817	Ano/Modelo Fabricação 2015/2014
Cor BRANCA	UF Veículo Alagoas
Município Veículo Coruripe	Marca/Modelo TOYOTA/COROLLA XEI20FLEX
Modelo TOYOTA/COROLLA XEI20FLEX	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 27/08/2018	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Andson José Silva	Proprietário
Grupo Veículo	Subgrupo Outros veículos
CPF/CNPJ do Proprietário 587.389.914-20	Placa NMD9541
Renavam 00195166523	Número do Motor HB02E1A513452
Número do Chassi 9C2HB0210AR513452	Ano/Modelo Fabricação 2010/2010
Cor VERMELHA	UF Veículo Alagoas
Município Veículo Major Isidoro	Marca/Modelo HONDA/POP100
Modelo HONDA/POP100	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/02/2010	Situação do Veículo NADA CONSTA
Nome Envolvido	Envolvimentos
José Pedro dos Santos Pereira	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SENHOR ANDSON JOSÉ SILVA O QUAL INFORMOU O SEGUINTE: QUE POR VOLTA DAS 14:00HS DO DIA 30.01.2019, SAIU DO POVOADO PINDORAMA ONDE MORA COM DESTINO A ESTA CIDADE DE CORURIBE; QUE SAIU CONDUZINDO SEU VEICULO TOYOTA/COROLLA XEI2FLEX, ANO 2014, MODELO 2015, PLACA: ORK9849-AL, CHASSI: 9BRBDWHE7F0238817, COR BRANCA, COD. RENAVAM: 01024186951; QUE TRAFEGAVA PELA RODOVIA AL 455, QUANDO NAS PROXIMIDADES DA OFICINA DO EDSON, SITUADA DO LADO ESQUERDO DA RODOVIA, VIU UMA MOTO DE COR VERMELHA PARADA NO ACOSTAMENTO DO LADO DIREITO DA PISTA NO MESMO SENTIDO DO NOTICIANTE, NO MOMENTO EM QUE SE APROXIMOU, O CONDUTOR DA MOTO ENTROU NA PISTA SEM OLHAR PARA TRÁS NEM DAR SINAL; QUE O NOTICIANTE CHEGOU A FREAR SEU VEICULO, CHEGANDO A PUXAR O MESMO PARA A CONTRA MÃO, MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR O ACIDENTE, COLIDIU COM O MOTOCICLISTA NO MEIO DA PISTA, DISSE AINDA QUE PELA MANOBRA QUE A VITIMA FEZ, ELE PRETENDIA ENTRAR NUMA ESTRADA DE TERRA QUE FICA DO LADO ESQUERDO DA PISTA, PESSOAS QUE ESTAVAM NA OFICINA DO EDSON PRESENCIARAM O ACIDENTE E PEDIRAM PARA O NOTICIANTE ACOMPANHAR-LOS ATÉ A OFICINA, POIS O MESMO ESTA MUITO NERVOSO, POIS O RAPAZ JÁ HAVIA FALECIDO E FAMILIARES DELE MORAVAM NAS IMEDIAÇÕES E PODERIAM LHE CAUSAR ALGUM MAU, EM SEGUIDA O NOTICIANTE LIGOU PARA SEU PAI O QUAL LHE ACONSELHOU A SE APRESENTAR NESTA DELEGACIA: QUE POPULARES LIGARAM PARA A SAMU; QUE A VITIMA FOI IDENTIFICADA POR JOSÉ PEDRO DOS SANTOS PEREIRA É A MOTO QUE CONDUZIA ERA UMA HONDA POP 100, ANO E MODELO 2010, COR VERMELHA, PLACA: NMD9541-AL, CHASSI: 9C2HB0210AR513452, LICENCIADA EM NOME DE SÉRGIO MORAIS DA ROCHA. O VEICULO COROLA ESTA LICENCIADO EM NOME DE EDLAINE DOS SANTOS FERNANDES, ESPOSA DO NOTICIANTE.



Delegado de Polícia Civil: Gustavo Pires de Carvalho
Impresso por: Gustavo Pires de Carvalho
Data de Impressão: 31/01/2019 10:11
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE ALAGOAS
POLÍCIA CIVIL
89º DISTRITO POLICIAL - CORURIBE - CORURIBE - AL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 008587/2019

ASSINATURAS

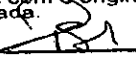
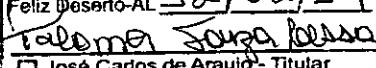
Gustavo Pires de Carvalho
Delegado de Polícia
Mat. 826591-3


Gustavo Pires de Carvalho
Responsável pelo Atendimento


Sérgio V. Costa
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 50.420-3
Nº Ordem 37285

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima registradas e ciente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



AUTENTICAÇÃO	
Cartório do Oficial de Registro Civil e Notas FELIZ DESERTO - AL	Confirmando haver conferido a presente fotocópia contra original que me foi apresentada.
	Dou fé.
	Em Teste  da verdade
	Feliz Deserto-AL 12/02/19
	
	☐ José Carlos de Araújo - Titular
	☒ Paloma Souza Lessa-Substituta

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE Alagoas

MUNICÍPIO De Coruripe



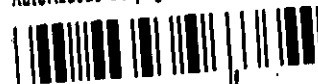
COMARCA De Coruripe

DISTRITO D. "



REGISTRO CIVIL

Autorização de pagamento



Oficial do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, sob Nº 28.580 a fls. 139v,
do livro Nº "A" 24 de Registro de Nascimentos, encontra-se o assento de
José Pedro dos Santos Pereira
nascido em Junta 30 de Agosto de mil novecentos e
noventa e três (1993), às 8.00 horas, em Casa de
Saúde e Maternidade de Coruripe - Alagoas
do sexo masculino filho de Pedro Jorge Pereira
e de Ana Lúcia dos Santos Pereira, naturais
de Alagoas, casados, residentes no sítio Ro-
meio deste município

sendo avós paternos Francisco Jorge Pereira

e dona Maria do Socorro Pereira

e maternos

e dona Maria Luíza dos Santos

tendo sido declarante o pai

e testemunhas as do Juízo

O assento foi feito em 13 de Setembro de 1993.

Observações:

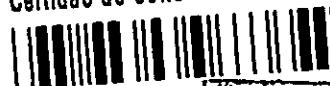
O referido é verdade e dou fé.

Coruripe, 13 de Setembro de 1993.

Teresinha de Lima Almeida

Oficial do Registro Civil

Certidão de óbito



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

NOME:

JOSÉ PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF

088.854.014-06

MATRÍCULA:

003590 01 55 2019 4 00009 177 0009467 97

SEXO

Masculino

COR

Parda

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteiro, 25 anos

NATURALIDADE

Coruripe-AL

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF/MF nº 088.854.014-06, RG nº
3678263-7 SSP/AL

ELEITOR

Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de PEDRO JORGE PEREIRA e de ANA LUCIA DOS SANTOS PEREIRA. Residência do falecido: POVOADO
SÃO LUIZ, Coruripe-AL

DATA E HORA DE FALCIMENTO

Trinta de janeiro de dois mil e dezenove, às 14h10min.

DIA

30

MÊS

01

ANO

2019

LOCAL DE FALCIMENTO

AL 105- ZONA RURAL, Coruripe-AL

CAUSA DA MORTE

TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFALICO, AÇÃO DE INSTRUMENTO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

CEMITÉRIO DESTA CIDADE

DECLARANTE

LARISSA DOS SANTOS PEREIRA, nacionalidade
BRASILEIRA, RG nº 3689997-6 SSP/AL, CPF/MF nº
088.854.024-88, profissão ESTUDANTE, estado civil solteira,
residente RUA TRANCRESO NEVES - CENTRO - FELIZ
DESERTO - AL, irmã do falecido

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

DRa MARIA GORETTI PRAXEDES LEAL, CRM 3328

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCEER

Ato registrado no livro C-9, às folhas 177, sob o nº 9467. Data do registro: 31 de janeiro de 2019. Data do óbito:
30 de janeiro de 2019. Profissão do falecido: FRENTISTA. Data de nascimento do falecido: 30 de agosto de 1993.
Era eleitor. Solteiro. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3678263-7	10/11/2011	SSP/AL	

CEP Residencial

57230-000

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

Nome do Ofício
Serviço de Registro Civil e Notas de CoruripeOficial Registrador
Cybelle Virginia de Lima AlmeidaMunicípio/UF
Coruripe/ALEndereço
Praça Dr. Uma Castro, s/nO conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Coruripe, 31 de janeiro de 2019.

Selma Maria Santos
Oficial

M. LAGOAS

AA 242443

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:	26/07/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	319017339701
VALOR TOTAL:	6.914,09

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA LUCIA DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02440

CONTA: 000000011123

Número da Autenticação
A107F4CF89D78D54



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima José Pedro dos Santos Pinheiro em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 30/01/2019, faleceu em 30/01/2019, no estado civil de Solteiro (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	<u>Ara Lúcia dos Santos</u>	<u>Mãe</u>	<u>1.203.302</u>	<u>863.272.3434</u>
2.				
3.				
4.				
5.				

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima ☒ não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Feliz Dantas AL 01/04/2019
LOCAL E DATA

Feliz Dantas AL 01/04/2019
LOCAL E DATA

Feliz Dantas AL 01/04/2019
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Ara Lúcia dos Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Zairilda Silva Santos
ASSINATURA DO DECLARANTE

Maria Eurídice da S. Pinto
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Maria Zairilda da Silva Santos</u>	<u>1.932.602</u>	<u>069.814.3492</u>	<u>MARIA ZAIRILDA S. SANTOS</u>
2. <u>Maria Eurídice da Silva Pinto</u>	<u>2010596</u>	<u>060.348.0484</u>	<u>MARIA EURÍDICE DA S. PINTO</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 318017 / 3397 CPF da vítima: 088.854.0146 Nome completo da vítima: José Pedro dos Santos Pereira

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

Nome completo: Ana Lúcia dos Santos CPF: 863.272.324.34

Profissão: Antena Endereço: Rua Tancredo Neves Número: 31N Complemento:

Bairro: Centro Cidade: Feliz Deserto Estado: AL CEP: 57.220-000

E-mail: lmsantos2@email.com Tel.(DDD): 1821 993773806

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA: 2440 6 CONTA: 11123 6

(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.

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: 30/01/2019

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: 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

Ana Lúcia dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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: ☐ UAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 3190173397 CPF da vítima: 088.854.014-06 Nome completo da vítima: José Pedro dos Santos Pereira

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

Nome completo: Ana Lúcia dos Santos Pereira RECEBIDO 24 JUN 2019 CPF: 863.272.324-34
Profissão: Artista Endereço: Rua Tancredo Neves Número: 527 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Feliz - Pernambuco Estado: PE CEP: 57220-000
E-mail: vital-santos2@gmail.com Tel. (DDD): 182199377-3806

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil.
AGÊNCIA: 2440 6 CONTA: 1124 6
(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) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 30/01/2019
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: 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

* Ana Lúcia dos Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

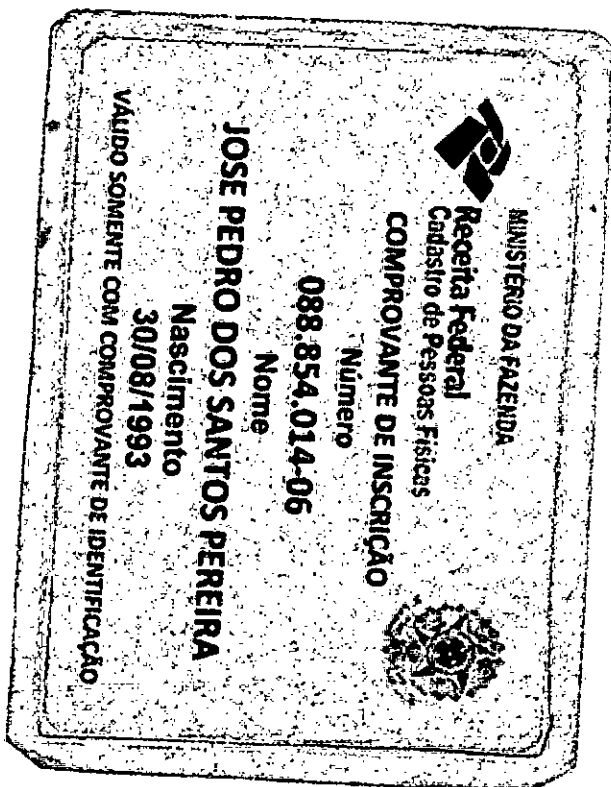
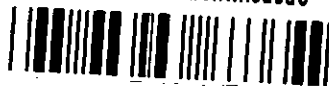
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) 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.





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

PI/03

ana lucia dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.203.302

ANA LUCIA DOS SANTOS

Maria Lize dos Santos

Corrupe - AL

C. de Nasc. Nel.339, Fls.132, Liv.

13.07.1973

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

13/07/1973

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
 SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
 CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL MARIO PEDRO DOS SANTOS





ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

3

REGISTRO
 Nº 361-81

NOME
 JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

PROFISSÃO
 [illegible]

ENDEREÇO
 [illegible]

DATA DE NASCIMENTO
 30/08/1993

LOCAL DE ORIGEM
 [illegible]

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
 Cadastro de Pessoas Físicas



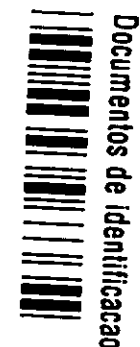
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
088.854.014-06

Nome
JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Nascimento
30/08/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

088.854.014-06

Nome

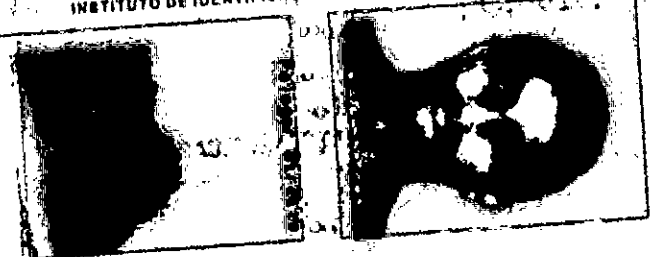
JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

Nascimento

30/08/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RG: 3678263-7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DR. MÁRIO PEDRO DOS SANTOS		PALADE 10/11/84	
		NOME: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA	
Assinatura do titular: <i>Jose Pedro dos Santos Pereira</i>		FILIAÇÃO: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA	
		DATA DE NASCIMENTO: 28/04/1948	
Assinatura do titular: <i>Jose Pedro dos Santos Pereira</i>		Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 3678263-7	
Assinatura do titular: <i>Jose Pedro dos Santos Pereira</i>		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL CENTRO DE PERÍCIAS FORENSES INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEL MARIO PEDRO DOS SANTOS		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL DATA DE EMISSÃO: 26/07/77 DATA DE VALIDADE: 26/07/87 NOME: [REDACTED] PRACPO: [REDACTED] SEXO: [REDACTED] DATA DE NASCIMENTO: [REDACTED] ENDEREÇO: [REDACTED] CÍVIL: [REDACTED] ASSINATURA DO TITULAR: [REDACTED]	
[REDACTED PHOTO]		[REDACTED PHOTO]	
ASSINATURA DO TITULAR		CARTEIRA DE IDENTIDADE LEI Nº 7.116 DE 29/06/63	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DE ALAGOAS
 SECRETARIA DE ESTADO DA DEFESA SOCIAL
 CENTRO DE REPLICAS FORENSES
 INSTITUTO DE IDENTIFICACAO DEL MAR - PEDRO DOS SANTOS

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
 REGISTRO
 3678263-7
 DATA DE NASCIMENTO
 DATA DE VALIDADE

FILIAÇÃO
 NATURALIDADE
 DATA DE NASCIMENTO
 DATA DE VALIDADE

LEI Nº 7.118 DE 20/09/66

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

Outros



ASL-0070692/19

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2019

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS
PEREIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/02/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE

M

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Pedro dos Santos Pereira
DATA DO ACIDENTE 30.01.2019 CPF DA VÍTIMA 088.854.014-06
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ana Lúcia dos Santos
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL ☒ BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É Mãe
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Tancredo Neves
Nº S/N COMPLEMENTO BAIRRO centro
CIDADE Feliz Deserto UF AL CEP 57.220-000
E-MAIL malvitor2@gmail.com TELEFONE 82, 9.9377-3806

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO ☒ MORTE = R\$ 13.500,00
☒ INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
☒ DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA O BENEFICIÁRIO MENOR, DE 15 ANOS)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS
- DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)
- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE
- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
 - () TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA
- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ó) DA VÍTIMA
- ☒ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA
- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
 - () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12-02-2019
IDENTIDADE 1.209.302
ASSINATURA Ana Lúcia dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 12/02/2019 MATR. CORREIOS 8.028.113-7
NOME LEOPOLDO ALVES ROCHA NETO
ASSINATURA Leopoldo

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070692/19

Número do Sinistro: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2019

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS
PEREIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

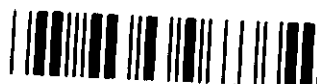
Documentos de identificação

Outros

ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

Declaração de únicos herdeiros

Outros



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: 15/04/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE

M

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José Adriano dos Santos Pereira
 DATA DO ACIDENTE 30.01.2019 CPF DA VÍTIMA 088.854.014-06
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Pro Lúcia dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL ☒ BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO
 COM A VÍTIMA É Mãe
 ENDEREÇO DO PORTADOR R. Tancredo Neves
 Nº 512 COMPLEMENTO BAIRRO Centro
 CIDADE Feliz Duro UF AL CEP 57220-000
 E-MAIL inalvante32@gmail.com TELEFONE (82) 9.9377-3806

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO CADAVERÍCO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA O BENEFICIÁRIO MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- () TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ó) DA VÍTIMA

- ☒ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01-04-2019
 IDENTIDADE L. 203. 302
 ASSINATURA Ana Lúcia dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 01/04/2019 MATR. CORREIOS 8.028.117-3
 NOME LEOPOLDO ALVES R. NETO
 ASSINATURA [Assinatura]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070692/19

Número do Sinistro: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2019

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS
PEREIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

Declaração de únicos herdeiros

Outros



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: 17/05/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070692/19

Número do Sinistro: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/01/2019

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS
PEREIRA

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de nascimento
Documentos de identificação
Outros

Outros



ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

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 cancela 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: 01/07/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070692/19

Número do Sinistro: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

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: 17/05/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070692/19

Número do Sinistro: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

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: 17/05/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA
CPF: 143.938.707-94

ANTONIO GUSTAVO PEREIRA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070692/19

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/01/2019

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/02/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/02/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

DAIANE SANTOS BARBOZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070692/19

Número do Sinistro: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/01/2019

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentos de identificação

Outros

ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

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: 15/04/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0070692/19

Número do Sinistro: 3190173397

Vítima: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

CPF: 088.854.014-06

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 30/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEDRO DOS SANTOS PEREIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de nascimento

Documentos de identificação

Outros

ANA LUCIA DOS SANTOS : 863.272.324-34

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: 01/07/2019
Nome: ANA LUCIA DOS SANTOS
CPF: 863.272.324-34

ANA LUCIA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira