

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MAYSA SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170606050**.

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 11979663



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MAYSA SANTOS REIS**

Nº Sinistro: **3170606050**

Vitima: **MARCIO LIMA REIS**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170606050**.

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 11979663



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MAYSA SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: MAYSA SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170606050**.

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 11981351



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170606050**.

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 11981351



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170606050**.

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 11981351



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 11981616



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 11981616



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MAYSA SANTOS REIS**

Nº Sinistro: **3170606050**

Vitima: **MARCIO LIMA REIS**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12571994



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **MAYSA SANTOS REIS**

Nº Sinistro: **3170606050**

Vitima: **MARCIO LIMA REIS**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12571994



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS
Nº Sinistro: 3170606050
Vitima: MARCIO LIMA REIS
Data do Acidente: 15/10/2017
Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12573566



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS

Nº Sinistro: 3170606050

Vitima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12573566



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: CAMILA DOS SANTOS REIS
Nº Sinistro: 3170606050
Vitima: MARCIO LIMA REIS
Data do Acidente: 15/10/2017
Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MAYSA SANTOS REIS**

Nº Sinistro: **3170606050**

Vitima: **MARCIO LIMA REIS**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13321458



Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MAYSA SANTOS REIS**

Nº Sinistro: **3170606050**

Vitima: **MARCIO LIMA REIS**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170606050**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento
- Documentos de identificação ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13321458



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CAMILA DOS SANTOS REIS

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, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CAMILA DOS SANTOS REIS

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, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento 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, 05 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

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

Autorização de pagamento 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, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CAMILA DOS SANTOS REIS

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

Recebedor: CAMILA DOS SANTOS REIS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000003578-5

Conta: 000000007873-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

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

Recebedor: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000001605-5

Conta: 000000023035-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

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

Prova de companheirismo 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





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO 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, CAMILA DOS SANTOS REISPORTADOR(A) DO RG Nº 50.406.729-2 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 20/10/2006 ECPF 01888888888-66 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO ESTUDANTEE RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA MARCIO LIMA REIS, 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 207 AGÊNCIA 058 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 1875-3

☐ 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.

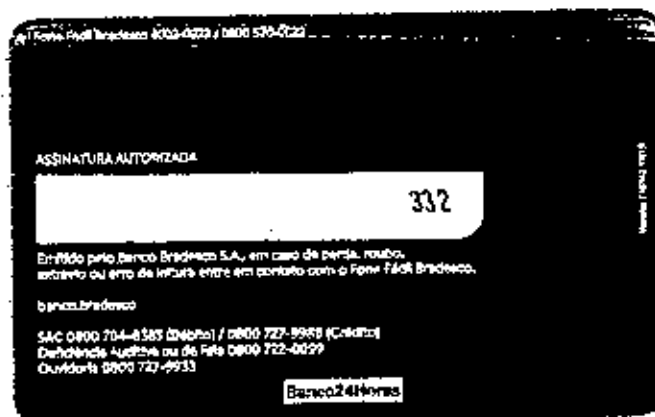
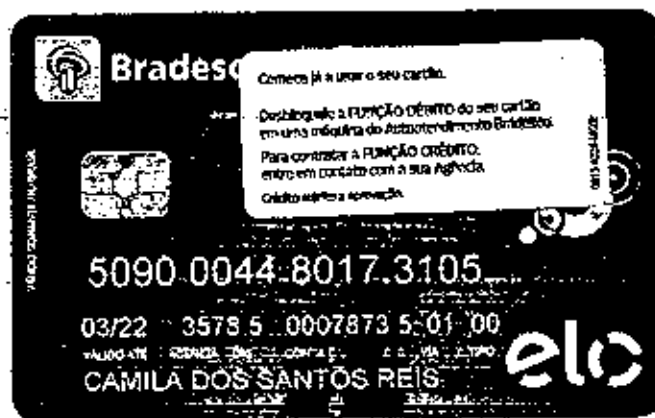
LOCAL Rio de Janeiro - Botafogo DATA 25/10/11

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Camilla dos Santos Reis

! 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

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO 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, Rosineide Jesus dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.046.654-9 EXPEDIDO POR Christina Polli EM 13/01/2018
 CPF 051642585-44 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (R\$) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcio Lima Reis, 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 _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ 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 4874 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 15224-8

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 Rio Real DATA 02/02/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Rosineide Jesus 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.

SISDPVAT - CÍDULO DE PAGAMENTO - 12-MR-2018 10:30 548624



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

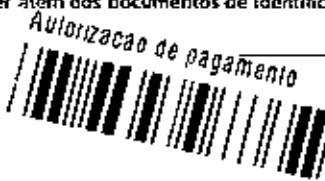
Nº DO SINISTRO _____

CAMPO 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, Rosmeide Jesus dos Santos
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.046.654-9 EXPEDIDO POR Christina Reis EM 13/01/2018
 CPF 051642585-44 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO _____
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcio Lima Reis 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 _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-CORRENTE _____
- ☐ 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 ITAU
 BANCO 341 - AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 - AGÊNCIA 4874 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) - CONTA-POUPANÇA 15224-8

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 Rio Real DATA 02/02/2018

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Rosmeide Jesus 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 0800-0275 204.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 958.722.725-53 Nome completo da vítima: Marcio Laima Reis

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

Nome completo: Famila dos Santos Reis CPF: 078.838.745-60
Profissão: levarador Endereço: Rua Travessa Brasília Número: 275 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Rio Real Estado: BA CEP: 48.330.000
E-mail: laima483@gmail.com Tel.(DDD): (75) 9 9889-2402

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) ☐ Itai (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____ Autorização de pagamento

AGÊNCIA: 3578 5 CONTA: 7873 5
(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 (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: 17/10/2017
Grau de Parentesco com a vítima: Filho 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: 2 Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ 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: _____

Marcio dos Santos Reis (*) Assinatura de quem assina A ROGO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoraalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



2000 9 21 14:44

1980年：6月、7月、8月、9月
1981年：1月、2月、3月、4月

ISSN: 0722-2014 E-ISSN: 2153-4722

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: _____ CPF da vítima: 958.722.725-53 Nome completo da vítima: Marcio Bispo Reis

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

Nome completo: Mauricio Santos Reis CPF: 085.135.965-58
Profissão: Estudante Endereço: Rod BR 0101 PR de Gen Número: 3685 Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Terintimopolis Estado: SE CEP: 49.270.000
E-mail: linolde481@gmail.com Tel. (DDD): (75) 99889-2402

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

RENTA 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: _____

Autorização de pagamento

AGÊNCIA: 3605 5 CONTA: 0023035 9
(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 Uder 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 Uder 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Uder 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Romildo Jesus dos Santos
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.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ovidorta: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.

مجلسه ۱۰۰۰

١٣٠

1605 5 0023035 9

422

2016年12月24日

1997-1998 1999-2000
 2000-2001 2001-2002
 2002-2003 2003-2004
 2004-2005 2005-2006

2017年12月15日

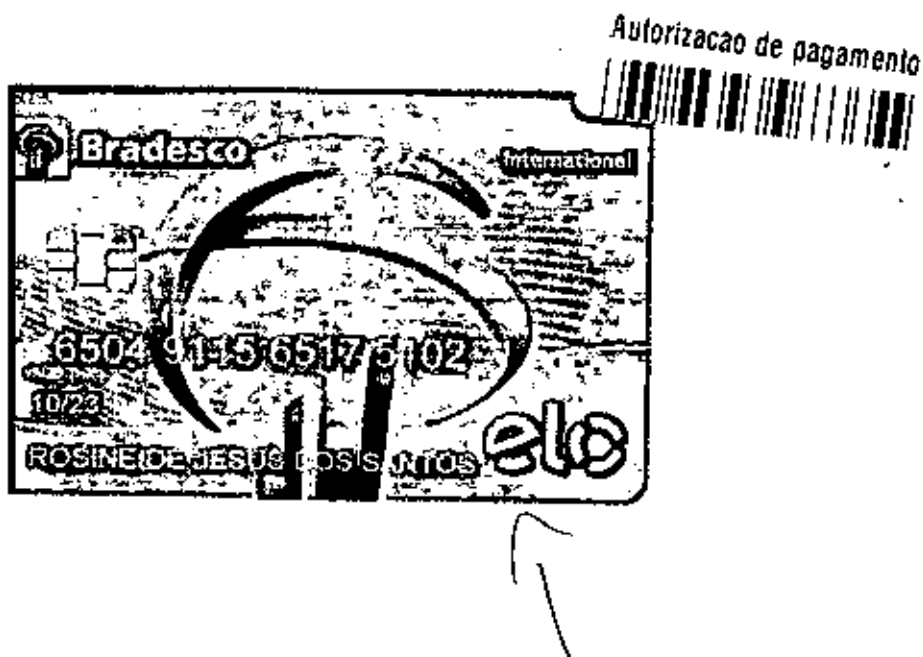
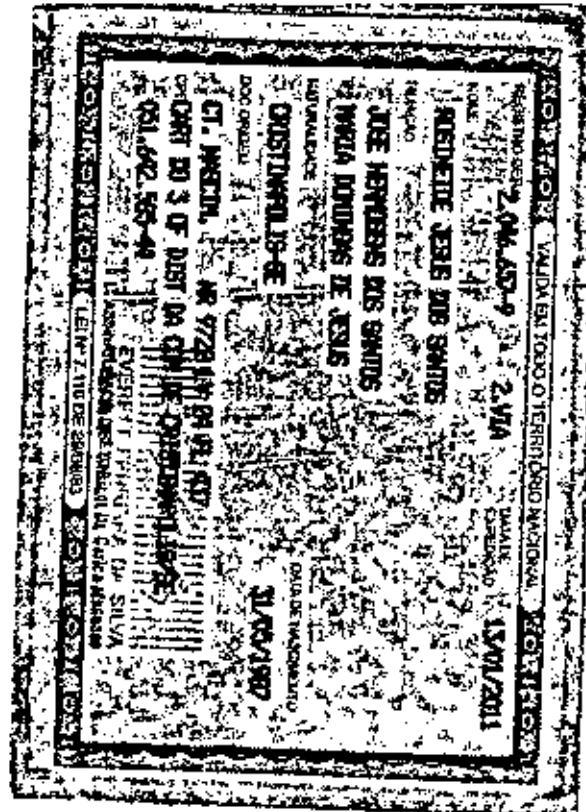
particular



Dorset Club
INTERNATIONAL

[illegible]

DISC V





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO

3170606050

CAMPO PRELIMINAR



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, Valdirene Maria Medeiros do Nascimento
 PORTADOR(A) DO RG Nº 853.182 EXPEDIDO POR ES-55P/56 EM 13/03/2012
 CPF 4783866760-72 / CNPJ 0000000000-00000000, PROFISSÃO REP. LABORATORIO
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcio Vinicius Reis 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.

RECEBIDO

13 JUN 2019

Seguradora Líder DPVAT

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ 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 2382 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 4869-6

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 Aracaju - SEDATA 12/06/2019ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Valdirene Maria Medeiros do Nascimento

! 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.

CAIXA
Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

071-37800910-4

12/MAR/2019

HORA DE 15:16:07

LOT: 22.025004-8

TERM: 059884

LOCALIDADE: CRISTINAPOLIS

AG. VINCULADA: 4874

CONTROLE: 879732852

DEPÓSITO EM DINHEIRO

2382 013 00004869-6

VALDIRENE MA M NASCIMENTO

VALOR

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

071-37800910-4

1ª VIA

CAIXA
Loterias

CAIXA
Loterias



Gerado por: FRANS

Boletim de ocorrência

CERTIDÃO



Boletim de Ocorrência

Número: 2º CRPN R REAL-BO-17-01541

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Servidor: 203507605 - FRANCIVAL CARDOSO DE JESUS

PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME	
☒	BO em cópia simples
☐	Comprovante de despesas médicas em cópias
☐	Certidão de Óbito em cópia simples
☐	Laudo de IML em cópia Simples
Solicitar documento assinado conforme Guia de Regulação	
Seguradora Líder - DPVAT	

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Classificação: Acidente de Veículo

Data: 15/10/2017 às 18:30h

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE QUE NA DATA DE 15/10/2017, POR VOLTA DAS 18:30HS, SEU COMPANHEIRO MARCIO LIMA REIS, TRANSITAVA NA BA 396 SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI ANO 2015, MODELO 2015, COR VERMELHA, PLACA QKS3284, LICENÇA DE CAPELA/SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA SANTOS DE ALMEIDA, AO PASSAR POR CIMA DE UM QUEBRA-MOLAS QUE FICA EM FRENTE AO HOTEL WD, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, COLIDIU EM UM CAVALO E FOI ARREMESSADO CAINDO NA RODOVIA BATENDO A CABEÇA NO SOLO ONDE SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO; QUE MÁRCIO LIMA REIS, FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO REAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, EM RAZÃO DA GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DANTAS BIÃO ONDE DEU ENTRADA ÀS 21HS:29; QUE MARCIO LIMA REIS, PERMANECEU INTERNADO NO HOSPITAL DANTAS BIÃO EM COMA E EVOLUIU PARA ÓBITO NA DATA DE 17/10/2017; É O REGISTRO.

Endereço Principal: R. RUY BARBOSA - BA 396, CENTRO, RIO REAL, BA - BR CEP:

48330-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

Envolvimento

VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, Alcunha: VALDIRENE,

Comunicante

Sexo Feminino, Mãe: VANUSA BARBOSA DA CONCEIÇÃO, Pai: DAMIÃO

PLACIDO DA CONCEIÇÃO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade:

Palmeira dos Índios (AL) - ALAGOAS - BRASIL, Nascido em: 11/11/1969,

Companheiro, Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R. BENTO

DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR, Telefone Celular:

79996863478, E-mail: valdirenemedeiros69@hotmail.com, Religião:

Catolicismo

MARCIO LIMA REIS, Nome Social: MARCIO REIS, Carteira de Identidade:

Vítima (Fato Não

07633921-11 SSP/BA, Alcunha: MARCIO, Sexo Masculino, Mãe: IVONE

Delituoso)

LIMA REIS, Pai: EDENESIO VALENTIM DOS REIS, Nacionalidade:



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ª CRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Pessoa Física

Envolvimento

Brasileira, Naturalidade: Rio Real (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em:
19/02/1978, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R.
BENTO DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR

Objetos Envolvidos

Descrição

VEI-17-51732 - Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN
ESDI ANO 2015/MODELO 2015, PLACA QKS3284, CAPELA/
SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, COR VERMELHA,
RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA
SANTOS DE ALMEIDA.

Envolvimento

Danificado

Pessoa Relacionada com o Objeto

Tipo de Relacionamento

Responsável:

JOBSON LUCAS MARQUES

Código de autenticidade da certidão: 50effa65-4214-47e9-b8a5-00f09b13ca3c

Para verificar a autenticidade desta certidão

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



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ª CRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Servidor: 203507605 - FRANCISVAL CARDOSO DE JESUS

Selo de Autenticidade
Tratado de Autenticidade do Estado da Bahia
Autenticidade: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES
203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES
203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES
203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Reconheço que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado e que é válido somente com o selo de autenticação e fiscalização
Rio Real - BA

Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Classificação:

Data: 15/10/2017 às 18:30h

☐ Tráfico de Drogas - Tráfico de Drogas
☐ Tráfico de Pessoas - Tráfico de Pessoas
☒ Acidente de Veículo
☐ Rastreamento de Veículo - Rastreamento de Veículo

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE QUE NA DATA DE 15/10/2017, POR VOLTA DAS 18:30HS, SEU COMPANHEIRO MARCIO LIMA REIS, TRANSITAVA NA BA 396 SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI ANO 2015, MODELO 2015, COR VERMELHA, PLACA QKS3284, LICENÇA DE CAPELA/SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA SANTOS DE ALMEIDA, AO PASSAR POR CIMA DE UM QUEBRA-MOLAS QUE FICA EM FRENTE AO HOTEL WD, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, COLIDIU EM UM CAVALO E FOI ARREMESSADO CAINDO NA RODOVIA BATENDO A CABEÇA NO SOLO ONDE SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO; QUE MÁRCIO LIMA REIS, FOI SOCORRIDO PELA-AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO REAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, EM RAZÃO DA GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DANTAS BIÃO ONDE DEU ENTRADA ÀS 21HS:29; QUE MARCIO LIMA REIS, PERMANECEU INTERNADO NO HOSPITAL DANTAS BIÃO EM COMA E EVOLUIU PARA ÓBITO NA DATA DE 17/10/2017; É O REGISTRO.

Endereço Principal: R. RUY BARBOSA - BA 396, CENTRO, RIO REAL, BA - BR CEP: 48330-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, Alcuha: VALDIRENE, Sexo Feminino, Mãe: VANUSA BARBOSA DA CONCEIÇÃO, Pai: DAMIÃO PLACIDO DA CONCEIÇÃO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade: Palmeira dos Índios (AL) - ALAGOAS - BRASIL, Nascido em: 11/11/1969, Companheiro, Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R. BENTO DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR, Telefone Celular: 79996863478, E-mail: valdirenemedeiros69@hotmail.com, Religião: Catolicismo

Envolvimento

Comunicante

MARCIO LIMA REIS, Nome Social: MARCIO REIS, Carteira de Identidade: 07633921-11 SSP/BA, Alcuha: MARCIO, Sexo Masculino, Mãe: IVONE LIMA REIS, Pai: EDENESIO VALENTIM DOS REIS, Nacionalidade:

Vítima (Fato Não Delituoso)



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ªCRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2º COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Pessoa Física

Envolvimento

Brasileira, Naturalidade: Rio Real (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em:
19/02/1978, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R.
BENTO DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR

Objetos Envolvidos

Descrição

VEI-17-51732 - Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN
ESDI ANO 2015/MODELO 2015, PLACA QKS3284, CAPELA/
SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, COR VERMELHA,
RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA
SANTOS DE ALMEIDA.

Envolvimento

Danificado

Pessoa Relacionada com o Objeto

Tipo de Relacionamento

Responsável:

JOBSON LUCAS MARQUES

Jobson Lucas Marques

Delegado de Polícia Civil
EPC Classe Esp/Mal 20.373.044-4

Código de autenticidade da certidão: 50effa65-4214-47e9-b8a5-00f09b13ca3c

Para verificar a autenticidade desta certidão

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

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
Autenticação
2037.AB123791-3
Cópia autêntica em conformidade com o original



Tabelionato de Notas
com Função de Protesto
Comarca de Rio Real - BA

Atesto que esta cópia é reprodução fiel do
original que me foi apresentado. Dou-lhe Vendo
somente com selo de autenticidade e fiscalização
Rio Real - BA 08-08-17

- ☐ Thayane Oliveira de Moraes - Tabelião
- ☐ Thiago de Jesus Carvalhal - Tabelião Substituto
- ☐ Lúcia Regina Moreira Costa - Escrevente Autorizada
- ☒ Rafaela de Carvalho Machado - Escrevente Autorizada



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ªCRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Servidor: 203507605 - FRANSCIVAL CARDOSO DE JESUS



Dados do Fato

Tipo: Não delituoso

Classificação: Acidente de Veículo

Data: 15/10/2017 às 18:30h

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE QUE NA DATA DE 15/10/2017, POR VOLTA DAS 18:30HS, MARCIO LIMA REIS, TRANSITAVA NA BA 396 SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI ANO 2015, MODELO 2015, COR VERMELHA, PLACA QKS3284, LICENÇA DE CAPELA/SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, RENAVAL 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA SANTOS DE ALMEIDA, AO PASSAR POR CIMA DE UM QUEBRA-MOLAS QUE FICA EM FRENTE AO HOTEL WD, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, COLIDIU EM UM CAVALO E FOI ARREMESSADO CAINDO NA RODOVIA BATENDO A CABEÇA NO SOLO ONDE SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO; QUE MARCIO LIMA REIS, FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO REAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, EM RAZÃO DA GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DANTAS BIÃO ONDE DEU ENTRADA ÀS 21HS:29; QUE MARCIO LIMA REIS, PERMANECEU INTERNADO NO HOSPITAL DANTAS BIÃO EM COMA E EVOLUIU PARA ÓBITO NA DATA DE 17/10/2017; É O REGISTRO.

Endereço Principal: R. RUY BARBOSA - BA 396, CENTRO, RIO REAL, BA - BR CEP: 48330-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

Envolvimento

VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, Alcuha: VALDIRENE, Comunicante

Sexo Feminino, Mãe: VANUSA SAREIOSA DA CONCEIÇÃO, Pai: DAMIÃO

PLACIDO DA CONCEIÇÃO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade:

Palmeira dos Índios (AL) - ALAGOAS - BRASIL, Nascido em: 11/11/1969,

Companheiro, Civil, Cúlis: Parda, Heterossexual, Endereço: R. BENTÔ

DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR, Telefone Celular:

79996863478, E-mail: valdirenemedeiros69@hotmail.com, Religião:

Catolicismo

MARCIO LIMA REIS, Nome Social: MARCIO REIS, Carteira de Identidade:

Vítima (Fato Não
Delituoso)

07633921-11 SSP/BA, Alcuha: MARCIO, Sexo Masculino, Mãe: IVONE

LIMA REIS, Pai: EDENESIO VALENTIM DOS REIS, Nacionalidade:



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ºCRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Pessoa Física

Envolvimento

Brasileira, Naturalidade: Rio Real (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em:
19/02/1978, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R.
BENTO DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR

Objetos Envolvidos

Descrição

Envolvimento

VEI-17-51732 - Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN
ESDI ANO 2015/MODELO 2015, PLACA QKS3284, CAPELA/
SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, COR VERMELHA,
RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA
SANTOS DE ALMEIDA.

Danificado

Pessoa Relacionada com o Objeto

Tipo de Relacionamento

Ocorrência aditada em 15/01/2019 às 14:28h, por JOBSON LUCAS MARQUES.

Responsável:

JOBSON LUCAS MARQUES

Jobson Lucas Marques

Delegado de Polícia Civil

OPC Classe: 203730444

Código de autenticidade da certidão: b2519d09-425a-4f6d-9b4e-27fb70e113f1

Para verificar a autenticidade desta certidão

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



Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Segurança Pública
Polícia Civil

Emissão: 17/02/2018 às 16:22h
Unidade de Emissão: 2ª COORPIN - RIO REAL
SIGIP - Sistema de Informação e Gestão Integrada Policial

Gerado por: ALFRENETO MOREIRA BISPO

CERTIDÃO

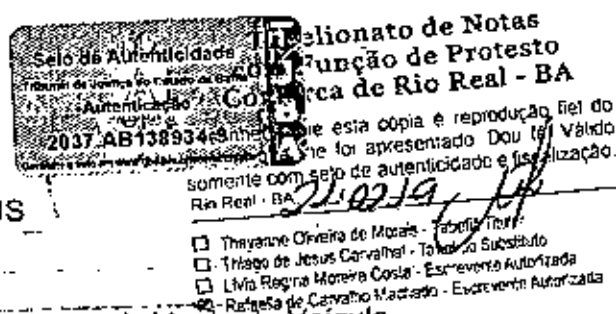
Boletim de Ocorrência

Número: 2ª CRPN R REAL-BO-17-01541
Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL
Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL
Servidor: 203507605 - FRANCIVAL CARDOSO DE JESUS



Dados do Fato

Tipo: Não delituoso
Data: 15/10/2017 às 18:30h

Classificação: Acidente de Veículo

Histórico:

ALEGA A COMUNICANTE QUE NA DATA DE 15/10/2017, POR VOLTA DAS 18:30HS, SEU COMPANHEIRO MARCIO LIMA REIS, TRANSITAVA NA BA 396 SENTIDO CENTRO DESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESDI ANO 2015, MODELO 2015, COR VERMELHA, PLACA QKS3284, LICENÇA DE CAPELA/SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA SANTOS DE ALMEIDA, AO PASSAR POR CIMA DE UM QUEBRA-MOLAS QUE FICA EM FRENTE AO HOTEL WD, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, COLIDIU EM UM CAVALO E FOI ARREMESSADO CAINDO NA RODOVIA BATENDO A CABEÇA NO SOLO ONDE SOFREU TRAUMATISMO CRANIANO; QUE MÁRCIO LIMA REIS, FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA DO SAMU E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE RIO REAL, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS, EM RAZÃO DA GRAVIDADE DAS LESÕES FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DANTAS BIÃO ONDE DEU ENTRADA ÀS 21HS:29; QUE MARCIO LIMA REIS, PERMANECERAM INTERNADO NO HOSPITAL DANTAS BIÃO EM COMA E EVOLUIU PARA ÓBITO NA DATA DE 17/10/2017; É O REGISTRO.

Endereço Principal: R. RUY BARBOSA - BA 396, CENTRO, RIO REAL, BA - BR CEP: 48330-000

Pessoas Envolvidas

Pessoa Física

VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO, Alcuha: VALDIRENE,
Sexo Feminino, Mãe: VANUSA BARBOSA DA CONCEIÇÃO, Pai: DAMIÃO
PLACIDO DA CONCEIÇÃO, Nacionalidade: Brasileira, Naturalidade:
Palmeira dos Índios (AL) - ALAGOAS - BRASIL, Nascido em: 11/11/1969,
Companheiro, Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R. BENTO
DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR, Telefone Celular:
79996863478, E-mail: valdirenemedeiros69@hotmail.com, Religião:

Catolicismo

MARCIO LIMA REIS, Nome Social: MARCIO REIS, Carteira de Identidade:
07633921-11 SSP/BA, Alcuha: MARCIO, Sexo Masculino, Mãe: IVONE
LIMA REIS, Pai: EDENESIO VALENTIM DOS REIS, Nacionalidade:

Envolvimento

Comunicante

Vítima (Fato Não
Delituoso)



CERTIDÃO

Boletim de Ocorrência

Número: 2ºCRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

Pessoa Física

Envolvimento

Brasileira, Nacionalidade: Rio Real (BA) - BAHIA - BRASIL, Nascido em:
19/02/1978, Solteiro (a), Civil, Cutis: Parda, Heterossexual, Endereço: R.
BENTO DANTAS, Nº 97, CENTRO, RIO REAL, BA - BR

Objetos Envolvidos

Descrição

VEI-17-51732 - Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN
ESDI ANO 2015/MODELO 2015, PLACA QKS3284, CAPELA/
SERGIPE, CHASSI 9C2KC1680FR221653, COR VERMELHA,
RENAVAM 01060028104, DOCUMENTO EM NOME DE MARIANA
SANTOS DE ALMEIDA.

Envolvimento

Danificado

Pessoa Relacionada com o Objeto

Tipo de Relacionamento

Responsável: _____

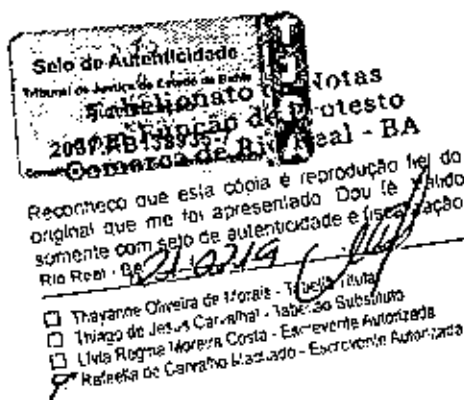
JOBSON LUCAS MARQUES

Secretaria de Segurança Pública
Estado da Bahia
Delegacia de Polícia de Jandair

Código de autenticidade da certidão: 50effa65-4214-47e9-b8a5-00f09b13ca3c

Para verificar a autenticidade desta certidão

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





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

NOME
MAYSA SANTOS REIS

MATRÍCULA
110429 01 55 2015 1 00044 042 0018285 - 94

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DTA MÊS ANO

OITO DO MÊS DE FEVEREIRO DO ANO DE DOIS MIL E QUINZE

08

02

2015

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

19:20

ESTANCIA-SE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

CRISTINÁPOLIS-SE

NA MATERNIDADE AMPARO DE MARIA

FEMININO

FILIAÇÃO

MÃE: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS
PAI: MARCIO LIMA REIS

AVÓS

AVÓ MATERNA: MARIA DOMINGAS DE JESUS
AVÓ MATERNO: JOSÉ HERMOGENS DOS SANTOS
AVÓ PATERNA: IVONÉ LIMA REIS
AVÓ PATERNO: EDENESIO VALENT.M DOS REIS

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Nº DA DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO

TRÊS DO MÊS DE MARÇO DO ANO DE DOIS MIL E QUINZE

30655078039

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

NOME DO OFÍCIO: 2º OFÍCIO DA COMARCA DE CRISTINÁPOLIS

ESCREVENTE: RENATA DANTAS SOARES RAMOS

MUNICÍPIO: CRISTINÁPOLIS-SE

ENDEREÇO: PRAÇA DA BANDEIRA, 245

ISENTO DE EMOLUMENTOS.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Data e local: CRISTINÁPOLIS, SE, 03 de Março de 2015.

Renata Dantas Soares Ramos
Assinatura do Oficial

VANTAGEM DO OFÍCIO DE REGISTRO DE
DE CRISTINÁPOLIS - SE

OFICIAL TITULAR - Humberto Almeida Soares

OFICIAL SUBSTITUTO - Humberto Almeida Soares

ESCREVENTE - Renata Dantas Soares Ramos

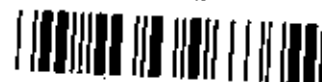


Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia
Ato Notarial ou de Registro
2036.AB024332-4
EM7D4SJA8Q
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certidão de nascimento



NOME
MÁRCIO LIMA REIS
MATRÍCULA

006700 01 55 1978 1 00039 072 0015433 84

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DEZENOVE DE FEVEREIRO DE UM MIL NOVECENTOS E SETENTA E OITO

DIA	MÊS	ANO
19	02	1978

HORA

08:00

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO/NATURALIDADE E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

RIO REAL/BA

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA
FEDERAÇÃO

RIO REAL-BA

LOCAL DE NASCIMENTO

MATERNIDADE MARIA AMÉLIA

SEXO

MASCULINO

FILIAÇÃO

PAI: EDENÉSIO VALENTIM DOS REIS
MÃE: IVONE LIMA REIS

AVÓS

AVÔ PATERNO: JOSÉ VALENTIM DOS REIS
AVÔ PATERNA: ISaura MARIA DE JESUS
AVÔ MATERNO: JOÃO BISPO DE LIMA
AVÔ MATERNA: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

Nada Consta.

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

AOS TRINTA E UM (31) DIAS DO MÊS DE JULHO (07) DO ANO DE UM MIL
NOVECENTOS E SETENTA E OITO (1978)

Nº DECLARAÇÃO
DE NASCIDO VIVO

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

O Sr. de que trata o termo acima MÁRCIO LIMA REIS, faleceu em 17/10/2017, conforme consta no Livro C-21, fls. 177, Termo 8512 deste Cartório. Dou fé. Rio Real - BA, 19/10/2017. Thyanne Oliveira de Moraes - Oficiala.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE RCPN DE RIO REAL

OFICIAL(A): THYANNE OLIVEIRA DE MORAIS

MUNICÍPIO: RIO REAL-BA

ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA, S/N, CENTRO, CEP: 48330-000.
Tel.: (75)3426-2552

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO REAL, BA, 08 de Dezembro de 2017.

Assinatura do Oficial(a)

Thiago de Jesus Carvalho
Substituto Legal
Registro Civil das Pessoas Naturais
Rio Real - BA



Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de
Ato Notarial ou de Registro
2036.A0023411-2
PXXVSONIGO
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade

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

NOME

MARCIO LIMA REIS

MATRÍCULA

006700 01 55 2017 4 00021 177 0008512 12

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	PARDA	SOLTEIRO, 39 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
RIO REAL-BA	CPF 95872272553 0763392111 SSP-BA	SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

PAI: EDENESIO VALENTIM DOS REIS

MÃE: IVONE LIMA REIS

RESIDÊNCIA: RUA BENTO DANTAS, N° 97, CENTRO, RIO REAL-BA

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DEZESSETE DE OUTUBRO DE DOIS MIL E DEZESSETE ÀS 13h30min

DIA MÊS ANO

17 10 2017

LOCAL DE FALECIMENTO

HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIÃO, ALAGOINHAS / BA

CAUSA DA MORTE

POLITRAUMATISMO, AÇÃO CONTUNDENTE, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

CEMITÉRIO LOCAL DE RIO REAL - BA

DECLARANTE

IVONE LIMA REIS, RG N° 02.398.936-03 SSP-BA E CPF N° 395.651.575-72, CASADO(A), DOMÉSTICA, residente RUA REGIS PACHECO, N° 89, CENTRO, RIO REAL - BA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr(a). JASMIRO PINTO DE JESUS (CRM 5286)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Data do registro: 19 de Outubro de 2017. O falecido(a) deixou bens: Não. Deixou filhos: Sim Quantidade: (2), sendo seu(s) filho(s): CAMILA DOS SANTOS REIS E MAYSA SANTOS REIS.

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE RCPN DE RIO REAL

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO REAL, BA, 19 de Outubro de 2017.

OFICIAL(A): THAYANNE OLIVEIRA DE MORAIS
MUNICÍPIO: RIO REAL-BA
ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA, S/N, CENTRO, CEP: 48330-000.
Tel.: (75)3426-2552

Assinatura do Oficial

Thayanne Oliveira de Moraes
Oficial Titular
Registro Civil Das Pessoas Naturais
Rio Real - BA

ARPENBRASIL BA 002297185 BRP

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia
Ato Notarial ou de Registro
2036.AB025331-1
30JO4240QJ
Consulte:
www.tjba.jus.br/autenticidade



Certidão de óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

MARCIO LIMA REIS

CPF

958.722.725-53

MATRÍCULA

008700 01 55 2017 4 00021 177 0008512 12

SEXO

MASCULINO

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

SOLTEIRO, 39 ANOS

NATURALIDADE

RIO REAL-BA

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nada consta.

ELEITOR

NÃO

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

EDENESIO VALENTIM DOS REIS

IVONE LIMA REIS

RESIDÊNCIA: RUA BENTO DANTAS, N° 97, CENTRO, RIO REAL-BA

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DEZESSETE DE OUTUBRO DE DOIS MIL E DEZESSETE ÀS 13h30min

DIA

17

MÊS

10

ANO

2017

LOCAL DE FALECIMENTO

HOSPITAL REGIONAL DANTAS BIAO, ALAGOINHAS / BA

CAUSA DA MORTE

POLITRAUMATISMO, AÇÃO CONTUNDENTE, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(município e cemitério, se conhecido)

CEMITÉRIO LOCAL DE RIO REAL - BA

DECLARANTE

IVONE LIMA REIS, RG N° 02.398.936-03 SSP-BA E CPF N° 395.651.675-72, CASADO(A), DOMÉSTICA, residente RUA REGIS PACHECO, N° 89, CENTRO, RIO REAL - BA.

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr(a). JASMIRO PINTO DE JESUS (CRM 6286)

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

Data do registro: 19 de Outubro de 2017. O falecido(a) deixou bens: Não. Deixou filhos: Sim Quantidade: (2), sendo seu(s) filho(s): CAMILA DOS SANTOS REIS E MAYSA SANTOS REIS.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
	0763392111		SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	

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

NOME DO OFÍCIO: CARTÓRIO DE RCPN DE RIO REAL

OFICIAL(A): THAYANNE OLIVEIRA DE MORAIS

MUNICÍPIO: RIO REAL-BA

ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA, S/N, CENTRO, CEP: 48330-000

TELEFONE: (75)3426-2552

E-MAIL:

Tabelionato de Notas
com Função de Protesto
Comarca de Rio Real - BA.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
RIO REAL, BA, 20 de Fevereiro de 2018.

Assinatura do Oficial(a)

Thayanne Oliveira de Moraes
Oficial Titular
Registro Civil das Pessoas Naturais
Rio Real - Bahia

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia
Autenticação
2037.AB138933-0
Consulte o site do cartório em: www.tjba.jus.br/autenticidade

Recunheco que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé.
Rio Real - BA, 20 de Fevereiro de 2018.
Thayanne Oliveira de Moraes - Oficial Titular
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia - Tabelião de Protesto
Juiz de Paz e Promotor Público - Escrevente Autógrafo
2ª Vara de Família e Sucessões - Escrevente A.

ARPENBRASIL BA 002615623 BRP

BANCO BRADESCO 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: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/02/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	317060605001
VALOR TOTAL:	3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAMILA DOS SANTOS REIS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03578

CONTA: 000000007873

Número da Autenticação

BANCO BRADESCO 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: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/02/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	317060605002
VALOR TOTAL:	3.375,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01605

CONTA: 000000023035

Número da Autenticação

Comprovante de residencia



CNPJ 13.504.875/0001-10 INSC. EST. 00685571
Centro Administrativo da Bahia - CAB, 4ª Av. Nº 429 - CEP 41.745-002

Código Débito Automático
Matrícula

063273225

Mes/Ano de Cidade de Inscrição

10/2017 4 0049 3 01.1745.1.0001.0275.0

Vencimento

13/10/2017

Nome/Endereço para entrega

MARIA DAS VIRGENS DOS SANTOS

RU PRIMEIRO DE JULHO, 275

RIO REAL

MARAJAS

CEP - 48.330-000

Nº Hidrômetro	Cód. Leitura	Leitura Atual	Leitura Anterior	Dias de Cons.	Período de Consumo
Y17S333766		14	5	29	07/08 A 05/09

Endereço da Ligação

RU PRIMEIRO DE JULHO, 275

MARAJAS

RIO REAL

Especificação

Valores em R\$

CONJ. AGUA	SM1	30,77
UTICA REPER. AIS: CONTRA(S) 10 1117		0,55
UTICA DE KORA - CONTRA(S) 10 1117		0,16

Tarifa RES-0001

Fórmula de
Consumo (m³) VL Unit.(R\$) X Cons.(m³) X UC = Valor(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE

ATE	5 MINIMO	6	27,30
>	6 1,09	3	3,27

TOTAL A PAGAR EM R\$

31,48

ESGOTO(% Água) VL Total

TOTAL AGUA	30,77	0,00	30,77
TOTAL ESGOTO		0	0,00

INFORMAÇÕES DE CONTRIBUIÇÃO	REPOSTO	BASE DE CÁLCULO R\$	TAXAS R\$	
			PIS	COFINS
		31,32	1,130	0,35
			5,480	1,71

Consumo dos últimos meses

Mês/Ano	Consumo (m³)
10/2017	9
09/2017	10
09/2015	0
08/2015	0
07/2015	0
06/2015	0

ECONOMIZE AGUA - UMA TORNEIRA PINGANDO DURANTE UM MES REPRESENTA UM ACRESCIMO DE 1380 LITROS.

DECRETO FEDERAL Nº 5.440 / 2005			
Parâmetros	Nº de Amostras - Rede		
	Exigidas	Analisadas	Em conformidade
Cor - 15 UH	0005	0042	0042
Turbidez - 5,0 UT	0047	0010	0010
Cloro - Mín. 0,2 mg/l	0047	0047	0047
Escherichia Coli - (*)	0047	0047	0047
Coliformes Totais	0047	0047	0047
Fenóis - (**)			

Água fluorada com teor máximo permitido de até 1,5mg/L de flúor.
Sinalização dos parâmetros de qualidade da água

Cor: cor devida a partículas dissolvidas na água;
Turbidez: cor devida a partículas em suspensão, que detêm a água com aparência turva;
Cloro: produto químico utilizado para eliminar bactérias;
Coliformes Totais: indicador utilizado para medir contaminação por bactérias;
Escherichia Coli (**): indicador utilizado para medir contaminação fecal;
Fenóis (**): produto químico adicionado à água para prevenir odores e sabores.

(*) Sistemas que analisam 40 ou mais amostras/mês, ausência em 95% das amostras examinadas.
(**) Sistemas que analisam menos de 40 amostras/mês, apenas uma amostra poderá apresentar mensalmente resultado positivo.
(**) Alguns sistemas podem não estar sendo fluorados.
Obs: Detectadas anomalias, medidas corretivas são adotadas para o retorno à normalidade.

UH = Unidade de Cor UT = Unidade de Turbidez

CONDIÇÕES GERAIS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS: LEI FEDERAL 11.445/07, LEI ESTADUAL 11.172/00, DECRETO 7.765/00 E RESOLUÇÃO N.001/11 - CORESAB.

Unidade de Consumo - UG (Apresentação simplificada) 0001

Consumo Médio por Unidade (m³) 9

Consumo Médio Mensal / Ligação 9

O ATRASO DO PAGAMENTO DESTA CONTA IMPLICARÁ NA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS CONFORME LEI FEDERAL 11.445/07 E DECRETO FEDERAL 7.217/10.



Companhia Sul Brasileira de Eletricidade
Rua Celso de Almeida, 214 - Centro - Teresopolis
CEP: 48200-000 CNPJ: 18.265.690/0001-08

www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

5511673

Comprovante de residência



JOSE DOMINGOS H DOS SANTOS

ROD BR 101 CRISTINAPOLIS/ DO GERU. 1720,

ROD CRISTINAPOLIS P/T DO GERU - Cristinópolis/SE - 48270-000 - ddon: 876468 - M

Mês de Referência	Consumo em kWh	Vencimento	Valor R\$
12/2017	98	08/01/2018	12,32

DADOS CADASTRAIS

CNPJ/CPF: 051.372.395-18
Grupo: 8 Ligação: Monofásica
Classe: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL NORMAL

Tensão de Fornecimento (V): 127

Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133

LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME

ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST

CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 055116

DADOS DE FATURAMENTO

Apresentação: 20/12/2017
Mês/Ano Faturamento: 12/2017

Letura atual: (20/12/2017) 13861

Letura anterior: (20/11/2017) 13865

Próxima leitura: 18/01/2018

Consumo Medido (kWh): 86

Consumo Diário (kWh): 3,31

Dias de Consumo: 26

Ocorrência do Mês: Lido

Média kWh Últimos 12 meses: 121

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs.	Pagamento	Valor R\$
11/2017	114	Lido	Em aberto	65,87
10/2017	105	Lido	Em aberto	57,67
09/2017	94	Lido	08/10/17	
08/2017	54	Lido	13/09/17	
07/2017	139	Lido	08/12/17	
06/2017	123	Lido	28/07/17	
05/2017	148	Lido	28/07/17	
04/2017	152	Lido	28/07/17	
03/2017	133	Lido	12/05/17	
02/2017	128	Lido	11/05/17	
01/2017	134	Lido	02/03/17	
12/2016	135	Lido	09/02/17	

IDENTIFICAÇÃO

Nota Fiscal / Série: DO 028.138 / B

03 051 8271 004938 23

Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art 31, resolução 1000/2006 - ANEEL)

Energia: 37,10% 29,26

Distribuição: 28,80% 22,79

Transmissão: 5,80% 4,65

Encargos Setoriais: 5,30% 4,18

Tributos: 22,70% 17,89

Outros: -66,55

TOTAL: 12,32

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtde.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	86 x 0,54407 =		52,23
ADIC. BANDA VERMELHA	86 x 0,03525 =		3,48
CMS			19,71
PIS			0,81
COFINS			2,84

REVISÃO DE FATURA VENCIDA

Informamos que até o momento não registramos o pagamento do(s) débito(s) relacionado(s) abaixo:

MÊS/ANO	VALOR
12/2017	R\$ 65,87
10/2017	R\$ 57,67

Outras cobranças

DEV. PAGTO DUPLICIDADE		-73,36
JUROS E CORREÇÃO	07/2017	3,82
MULTA P/ ATRASO PAGTO	07/2017	1,44

Cobranças de terceiros

CIP - Prefeitura Municipal		1,39
----------------------------	--	------

TOTAL A PAGAR R\$ 12,32

TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%)	Valor(R\$)
Excluído			
ICMS	78,87	25	19,71
PIS/PASEP	78,87	0,78	0,81
COFINS	78,87	3,60	2,84

DADOS TÉCNICOS

Inst. transformadora: 1030042
Número do medidor: 978458
Fator de multiplicação: 1,000
Tipo de ligação: Monofásica

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjeto: TOMAR DO GERU	Referência: 10/2017	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSD: 34,37		META DIC: 11,59	23,19	45,38
O consumidor tem o direito de solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.		APUR. DIC: 0,00	0,00	0,00
O consumidor tem direito de receber uma compensação, caso sejam violados os limites de continuidade individuais relativos à unidade consumidora, para apuração mensal, tr, e anual.		META FIC: 7,74	15,48	30,98
		APUR. FIC: 0,00	0,00	0,00
		META DMIC: 6,39		
		APUR. DMIC: 0,00		

RESERVADO AO FISCO: 810F.39F5 4BA0 837A A7E1.478C.4210.76F2

Res Anel 2007/07 e 08/09/01, vigência 01/01/2007

MENSAGEM



NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Sul Brasileira de Eletricidade

SESSÃO DE LIDERADO 12-08-2018 16:30 S48625 1/1



Companhia do Saneamento de Curitiba
Rua Deserto de Babilônia, 814-Centro Curitiba-PR
CEP: 81220-000 CNPJ: 18.055.658/0001-05
www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

5511613

Comprovante de residência



JOSE DOMINGOS H DOS SANTOS

ROD BR 101 CRISTINAPOLIS/ DO GURU, 1720,
ROD CRISTINAPOLIS P/R DO GURU - Curitiba/PR - 81270-000 - 0800-284-9909

Mês de Referência	Consumo em kWh	Vencimento	Valor R\$
12/2017	96	08/01/2018	12,32

DADOS CADASTRAIS

INSCRIÇÃO: 051.972.305-18
Grupo: B Ligação: Normal
Destino: RESIDENCIAL - RESIDENCIAL NORMAL

Tensão de Fornecimento (V): 127
Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME
ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODIST
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 055116

DADOS DE FATURAMENTO

Apresentação: 20/12/2017
Mês de Referência: 12/2017
Linha de Tensão: 20/12/2017 12001
Linha anterior: 21/11/2017 13805
Próxima leitura: 18/01/2018
Consumo Médio (kWh): 96
Consumo Médio (kWh): 3,51
Dias de Consumo: 30
Coordenada de Med: 1,00
Média kWh últimos 12 meses: 121

HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh

Mês/Ano	Consumo	Obs.	Pagamento	Valor R\$
11/2017	114	Udo	Em aberto	05,87
10/2017	105	Udo	Em aberto	07,67
09/2017	96	Udo	08/10/17	
08/2017	54	Udo	11/09/17	
07/2017	130	Udo	08/12/17	
06/2017	129	Udo	28/07/17	
05/2017	148	Udo	28/07/17	
04/2017	152	Udo	25/07/17	
03/2017	133	Udo	12/05/17	
02/2017	126	Udo	11/05/17	
01/2017	134	Udo	08/03/17	
12/2016	135	Udo	06/03/17	

IDENTIFICAÇÃO

Nº de Fatura / Série: 00.008.130 / B
03 051 9721 000000 23
Local de Entrega: 1

COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$

(Art. 31, Resolução 100/2005 - ANEEL)
Energia: 37,10% 29,26
Distribuição: 28,80% 22,78
Perdas: 5,00% 4,05
Encargos Sociais: 5,30% 4,18
Tributos: 22,70% 17,99
Outros: -08,55
TOTAL: 12,32

ITENS FATURADOS

Descrição	Qtd.	Tarifa	Valor(R\$)
CONSUMO	96 x 0,54407 =		\$2,23
ADIC. BANDA VERMELHA	96 x 0,03525 =		3,40
CMS			19,71
PIS			0,01
COFINS			2,84

REAVISO DE FATURA - VENCIMENTO

Informamos que em o momento das
registrações e pagamento do(s) débito(s)
relacionado(s) abaixo:

MÊS/ANO	VALOR
11/2017	R\$ 65,21
12/2017	R\$ 57,67

Outras cobranças

DEV. PAGTO DUPLICAÇÃO		-73,30
Juros e Correção	07/2017	3,92
PARC. P/ ATRASO PAGTO	07/2017	1,44

Cobranças de terceiros

CIP - Prefeitura Municipal		1,30
----------------------------	--	------

TOTAL A PAGAR R\$ 12,32

RESUMOS	Base de cálculo(R\$)	Alíq.(%)	Valor(R\$)
Imposto de Renda	78,87	25	19,71
PIS/PASEP	78,87	0,78	0,01
COFINS	78,87	3,60	2,84

DADOS TÉCNICOS

Inst. transformadora: 1000042
Número do medidor: 076438
Fator de multiplicação: 1,000
Tipo de ligação: Monofase

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Consumo: TOMAR DO GURU	Referência: 10/2017	MENSAL	TRIMESTRAL	ANUAL
EUSO: 34,37		META DIC	11,50	23,10
		APUR. DIC	0,00	0,00
		META FIC	7,74	15,48
		APUR. FIC	0,00	0,00
		META DMIC	0,39	0,00
		APUR. DMIC	0,00	0,00

RESERVAÇÃO AO FISCO: 0107.33F5.48AD.031A.ATE1.418C.4210.TGF7

Revista 02/09/2017 e atualizada em 01/12/2017

MENSAGEM

SEMPRE NO LÍNEA DE F

17-10-2018 10:30 548525 1/1



NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA
Companhia do Saneamento de Curitiba

101058 / 1

☎ 0800-284-9909

MARIA DAS GRACAS JESUS DOS SANTOS

ROD BR CRIST P/T DO GERU, 1985,
ROD CRISTINÁPOLIS P/T DO GERU - Cristinápolis - SE - 46.270-000 - Idor: 4774767 - M

Mês de Referência	Consumo kWh	Vencimento	Valor R\$
12/2018	62	06/01/2019	20,09

DADOS CADASTRAIS					DADOS DE FATURAMENTO	
Tarifa Convencional					Emissão 19/12/2018	
CNPJ/CNP 044 048 495-24					Mês/Ano Faturamento 12/2018	
Grupo/Subgrupo B - B11 Utilização Monofásica					Lectura atual (19/12/2018) 5905	
Classe RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - NIS 16606739490					Lectura anterior (20/11/2018) 6005	
TSEE criada pela lei n° 10 438 de 26/04/2002					Próxima leitura 19/01/2019	
Tensão de Fornecimento (V) 127					Consumo Medido (kWh) 62	
Limites adequados de Tensão (V) 117 e 133					Consumo Diário (kWh) 2,13	
LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME ANEXO I DO MÓDULO 8 DO PRODUST					Dias de Consumo 28	
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 101058					Ocorrência do mês. Lido	
					Média kWh últimos 12 meses 78	
HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh					IDENTIFICAÇÃO	
Mês/Ano	Consumo	Obs	Pagamento	Valor R\$		
12/2018	62	Lido	Em aberto	20,09	Nota Fiscal / Série 60 858 050 / B	
11/2018	74	Lido	Em aberto	30,67	03 051 6201004954 24	
10/2018	77	Lido	Em aberto	28,14	Local de Entrega 1	
09/2018	73	Lido	22/10/18		COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$	
08/2018	79	Lido	04/09/18		{Art.31, resolução 168/2005 - ANEEL}	
07/2018	81	Lido	08/08/18		Energia 34,20%	
06/2018	87	Lido	22/11/18		Distribuição 26,30%	
05/2018	85	Lido	26/06/18		Transmissão 7,30%	
04/2018	80	Lido	20/03/18		Encargos Setoriais 7,40%	
03/2018	84	Lido	25/04/18		Tributos 24,80%	
02/2018	90	Lido	27/03/18		Outros 0,40	
01/2018	63	Lido	15/02/18		TOTAL 100,00	
12/2017	57	Lido	10/01/18			

ITENS FATURADOS			REAVISO DE FATURA VENCIDA
Descrição	Qtde.	VL. Unit.	Valor(R\$)
CONSUMO	30	x 0,21833 =	6,54
CONSUMO	32	x 0,37430 =	11,97
ADIC. BANDA AMARELA	21	x 0,00429 =	0,09
PIS			0,18
COFINS			0,85
			MES/ANO
			11/2018 R\$ 30,67
			10/2018 R\$ 28,14

Comprovante de residencia



Conclusions

CIP-Enrollment form 1-2002

RENDIMENTO DE ESTE REATIVO
03/01/2019

O não pagamento dos débitos em aberto no prazo de vencimento deste reaviso sujeita esta unidade consumidora e suspensão do fornecimento de energia elétrica conforme art. 177 da resolução normativa n. 414/2010 da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL.

TOTAL A PAGAR R\$		20,09
TRIBUTOS	Base de cálculo(R\$)	Alíquota(%) Valor(R\$)
(Incluídos no valor total)	ICMS	0,00 ISENTO 0,00
	PIFAPASEP	19,54 0,94 0,18
	COFINS	19,54 4,34 0,85

DADOS TÉCNICOS	
Inst. transformadora:	1030042
Número do medidor:	4774787
Fator de multiplicação:	1.000
Tipo de ligação:	Monofásico

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conta TOMAR DO GERU		MENSAL		TRIMESTRAL		ANUAL	
EUSD: 12.63							
G creditou o dep do direito de sociedade distribuído a futura		META DIC	11,50	23,19	46,38		
ção das minoritárias D JFC DATIC e DCCC e a qualquer tempo		AFUP DIC	0,00	0,00	0,00		
G creditou o dep do direito de receber uma compensação pelo		META FIC	7,74	15,45	30,95		
serviço realizado em função da contabilidade minoritária real e us		AFUP FIC	0,00	0,00	0,00		
a unidade contábil para o exercício mensal, tri e anual		META DATIC	6,58				
		AFUP DATIC	0,00				

RESERVAÇÃO AO FISCO 2F45 9C1B 81F# 3E40 3F33 0AB4 3530 082C

Res. J. Biol. 23(3):1-22 and Plate 2, November 6, 1960

MENSAGEM

รวมค่าเงินไทย 21.50

A conta normal de consumo seria R\$ 40,10, porém tem um desconto da Terceira Soma de R\$ 21,20 referente à taxa de R\$ 18,60, que com os demais valores de tarifas discriminadas totaliza R\$ 20,00.



NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Sul Sertão de Eleticidade
Rua Castilho Sobrinho, 314 - Centro - Estância SE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 95

Eu, VALDIRSON MARIA MENDONÇA DO NASCIMENTO

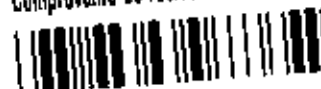
RG nº 853.187, data de expedição 15/12/11

Órgão SSP/SE, CPF nº 448.866.765-72

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua MARCOS ANTONIO DOS SANTOS</u>
Número	<u>14</u>
Apto/Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Bu. B. V.</u>
Cidade	<u>Aracaju</u>
Estado	<u>SE, 91.03</u>
CEP	<u>49091-090</u>
Tel. de contato	<u>(79) 99995 7633</u>
E-mail	

Comprovante de residência



Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Aracaju, SE, 01/04/2019.

Valdirson Maria Mendonça do Nascimento

Assinatura do Declarante



DESO - Rua Campos do Jordão, 101, 13 de Julho, Aracaju-SE, 49091-090
CNPJ: 13.048.714/0001-00 - INSC. EST. 02.041.020-6

FATURA MENSAL *

060381.3

Nome do Cliente
DANTAS PLACIDO DA CONCEICAO

Endereço
RUA NANDEL ANDRE DOS SANTOS, 14, ARACAJU, 49091-090

Identificação do Cliente	Data de Emissão	Medição	Classificação / Informação
021007/00021	14/03/2019	A15N262639	RES: 2

Leit. Anterior	991	HISTÓRICO DE CONSUMO	
Leit. Atual	1015		
Consumo Faturado (m³)	24	REF.	(m³)
Média de consumo (m³)	25	02/19	00024
Ocorrência de Leitura		01/19	00028
Data da Leit. Anterior	12/02/19	12/18	00030
Dias de Consumo	30	11/18	00028
Média diária (m³)	0,83	10/18	00020
Previsão para Próx. Leit.	13/04/19	09/18	00024

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$):
COFINS: 6,30 PASEP: 1,80

Serviços	Valor
AGUA	109,24
ESGOTO	0,00

Período de Cobrança	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
03/2019	21/03/2019	109,24

"REAJUSTE TARIFÁRIO E DE SERVIÇOS APROVADO E PUBLICADO NO DIÁRIO OFICIAL EM 31/01/2019 DE 5,89%, A SER APLICADO NAS FATURAS EMISSAS A PARTIR DE 01/03/2019"

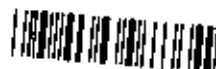
A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção de fornecimento de serviços - art 93, Decreto Lei nº 27.565/2010.

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0195 - SAC: 4020-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-se.com.br/engenhariavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 5.410/2005 - Art.6º inciso I)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fóforo	Coliformes Totais	Exigência Col
Nº Mínimo de Amostras Efêmeras	244	66	244		244	
Nº de Amostras Análises	409	409	409		409	409
Nº Mínimo de Amostras em Conformidade com Portaria 291/2011	361	339	395		407	409

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 MARCIO SIMÃO REIS em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 15/10/17, faleceu em 17/10/17, 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>Marilda dos Santos Reis</u>	<u>Filha</u>	<u>50.406.729-2</u>	<u>048.858.725-60</u>
2. <u>Marcia dos Santos Reis</u>	<u>Filha</u>		<u>085.135.965-58</u>
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima (X) 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.

Rio de Janeiro 25-10-17
LOCAL E DATA

Marilda dos Santos Reis
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 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. <u>Rosimede Jesus dos Santos</u>	<u>2.046.657-9</u>	<u>051.642.585-94</u>	<u>Rosimede Jesus dos Santos</u>
2.			

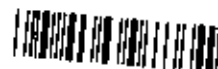
DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Carmitide Príncipe dos Santos</u>	<u>08.513.663-84</u>	<u>994.844.395-00</u>	<u>Carmitide Príncipe dos Santos</u>
2. <u>Patricia Soares dos Santos</u>	<u>15.970.547-98</u>	<u>062.486.645-95</u>	<u>Patricia Soares dos Santos</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).

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 Mônica Lima Reis em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 15/10/17, faleceu em 17/10/17, 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>Mônica dos Santos Reis</u>	<u>Filha</u>	<u>50.406.729-2</u>	<u>048.858.725-60</u>
2. <u>Morya dos Santos Reis</u>	<u>Filha</u>		<u>085.135.965-58</u>
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), 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.

Rio de Janeiro 25-10-17
LOCAL E DATA

Mônica dos Santos Reis
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 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. <u>Rosimede Jesus dos Santos</u>	<u>2.046.657-9</u>	<u>051.642.585-94</u>	<u>Rosimede Jesus dos Santos</u>
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Rosimede Priscila dos Santos</u>	<u>08.513.663-84</u>	<u>994.844.395-00</u>	<u>Rosimede Priscila dos Santos</u>
2. <u>Patricia Soares dos Santos</u>	<u>15.970.547-98</u>	<u>062.486.645-95</u>	<u>Patricia Soares dos Santos</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).



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

Nº do sinistro ou ASL: **3170606050** CPF da vítima: **958.722.72553** Nome completo da vítima: **MANCIO LIMA REIS**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO** CPF: **478.866.765-72**
Profissão: **AV. LABORATORIO** Endereço: **Rua Manoel Antonio dos Santos** Número: **74** Complemento: **12-12**
Bairro: **BV G-10** Cidade: **Aracaju** Estado: **SE** CEP: **49.090.000**
E-mail: **(19) 999957633**

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\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00 ☐ R\$15.001,00 ATÉ R\$20.000,00 ☐ R\$20.001,00 ATÉ R\$25.000,00 ☐ R\$25.001,00 ATÉ R\$30.000,00 ☐ R\$30.001,00 ATÉ R\$35.000,00 ☐ R\$35.001,00 ATÉ R\$40.000,00 ☐ R\$40.001,00 ATÉ R\$45.000,00 ☐ R\$45.001,00 ATÉ R\$50.000,00 ☐ R\$50.001,00 ATÉ R\$55.000,00 ☐ R\$55.001,00 ATÉ R\$60.000,00 ☐ R\$60.001,00 ATÉ R\$65.000,00 ☐ R\$65.001,00 ATÉ R\$70.000,00 ☐ R\$70.001,00 ATÉ R\$75.000,00 ☐ R\$75.001,00 ATÉ R\$80.000,00 ☐ R\$80.001,00 ATÉ R\$85.000,00 ☐ R\$85.001,00 ATÉ R\$90.000,00 ☐ R\$90.001,00 ATÉ R\$95.000,00 ☐ R\$95.001,00 ATÉ R\$100.000,00 ☐ SEM RENDA

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: **0382** CONTA: **4869** **6**
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ 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 do 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: **17.10.2017**
Grau de Parentesco com a vítima: **COMPANHEIRA** Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **VALDIRENE MARIA M. DO NASCIMENTO**
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **02** Vítima deixou herdeiros (val nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

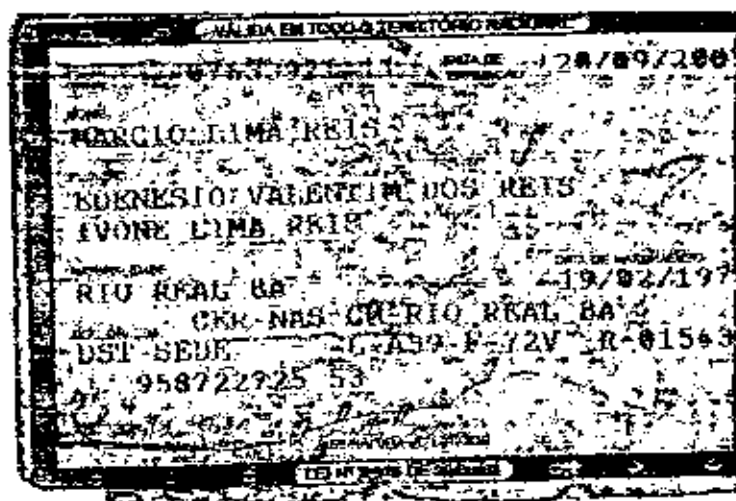
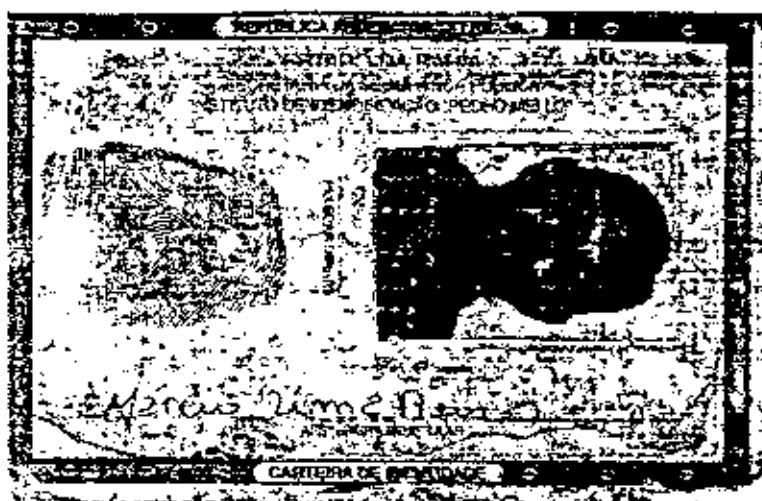
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além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

Local e Data: **ARACAJU SE, 01 DE ABRIL 2019**
Nome: **VALDIRENE MARIA M. DO NASCIMENTO**
CPF: **478.866.765-72**

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **ADILTON DA SILVA SANTOS**
CPF: **078.845.645-80**
Adilton da Silva Santos
Assinatura
2ª Nome: **JANETE ANDRADE DOS SANTOS**
CPF: **945.948.365-34**
Janete Andrade dos Santos
Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Valdirene Maria Medeiros do Nascimento
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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Selo de Autenticidade

Tribunal de Justiça do Estado de Bahia

Autenticação

Tabulação de 2037 AB09/0984

Reconheço que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Deu-se valor sobre este com selo de autenticação e incutido no Rio Real BA.

- ☐ Evandro Gracia Cavalcante da Costa - Tabelião Judicial
- ☐ Gilson Tiago Gracia - Tabelião Substituto
- ☐ Livia Regina Moreira Costa - Escrevente Autenticada
- ☒ Rafaela da Costa do Machado - Escrevente Autenticada

Documentos de identificação



3880000 LIDER 00001 08 31-08-2017 17:21 529948 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

2054-5

PROIBIDO PLASTIFICAR

Camila dos Santos Reis

20011001

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

50.166.729-2

20/OUT/2006

CAMILA DOS SANTOS REIS

MARCIO LIMA REIS

E MARIA DAS VIRGENS DOS SANTOS

RIO REAL -BA

10/NOV/1996

RIO REAL-BA

RIO REAL

CN: LV.A056/PLS.0287/N:035243

01.1.1.1

Distrito

CRN 7118 DE 2003

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

078.838.745-60

Nome

CAMILA DOS SANTOS REIS

Nascimento

10/11/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DE SÃO PAULO



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recarta Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
085.135.965-58

Nome
MAYSA SANTOS REIS

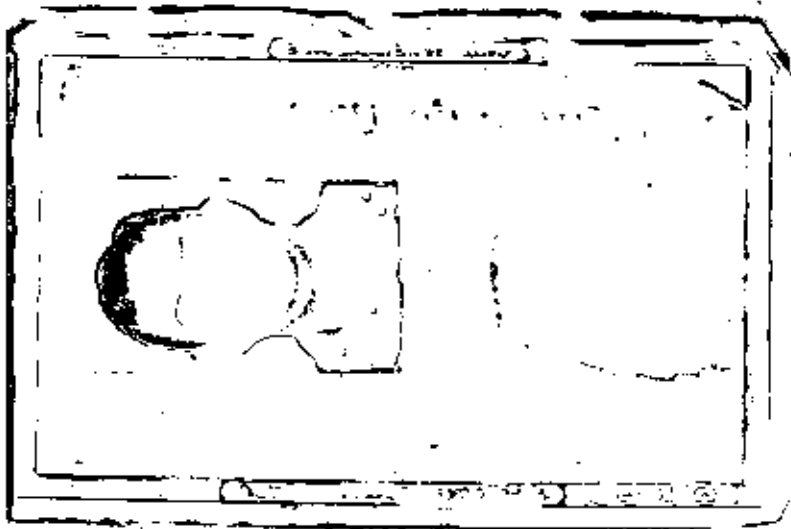
Nascimento
08/02/2015

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



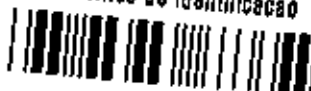
SERVIÇO DE LIBER. PESSOAS DE 31-05-2017 17:21 329952 1/1



52633008 21 LITER SPORT LT 12-11-2016 10:30 5486623 171

[illegible]

Documentos de identificação



ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA ESTADUAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MENDES



ROSEMEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTERA DE IDENTIDADE

PO. FORM. D. P. C. T. O.



ROSEMEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTERA DE IDENTIDADE

RG 2.046.657-9

2. VILA

ROSEMEIDE JESUS DOS SANTOS

ROSE HENRIQUES DOS SANTOS

NEOLIA DOMINGOS DE JESUS

CRISTINAPOLIS-SE

DATA DE NASCIMENTO: 31/03/1987

DATA DE EMISSÃO: 13/01/2011

CI, NACIM. NR 9728 AN 24 PM 150

CHOCOT DO 3. OF JUST DA CI DE CRISTINAPOLIS-SE

051.642.585-44

EVERETT FRANKLIN DO SILVA

ASSINANTE DO REGISTRO DE CARTEIRA NACIONAL

LEIA ATENTAMENTE

LEIA ATENTAMENTE

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, após

362-789519272-4

28/07/2017

LOI: 22.025084-9

LOCALIDADE: CRISTINAPOLIS

AG. VINCULADA: 4874

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PBLP CAIXA FÁCIL

NOME: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

AGENCIA: 4874

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.015.274-8

DATA DA ABERTURA: 28/12/2017

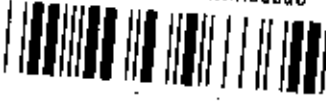
LOTÉRIAS-CAIXA

362-789519272-4

1ª VIA

SERVIÇO DE LÍDER ARQUIT LT 12-08-2018 18:30 548626 1/1

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

CENTRO DE REGISTRO CIVIL DE PÉRIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MENDES



ROSENEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POSSUÍ DO



ROSENEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

CENTRO DE REGISTRO CIVIL DE PÉRIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MENDES



ROSENEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POSSUÍ DO



ROSENEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CAIXA Loterias

Sorteios de segunda-feira a sábado. Apó

362-709519272-4

28/06/2017 HORA DE 14:51:48

LOT. 22.025004-9 TERM. 059083

LOCALIDADE: CRISTINAPOLIS

AG. VINCULADA: 4874

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PDUP CAIXA FACIL

NOME: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

AGÊNCIA: 4874

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.015.224-8

DATA DA ABERTURA: 28/12/2017

LOTÉRIAS CAIXA

362-709519272-4

18 VIA

SECRETARIA DE LINGUAGEM 12-08-2018 10:20 540526 1M

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

07638921 41

20/09/2007

MARCIO LIMA REIS

EDENESIO VALENTIM DOS REIS

IVONE LIMA REIS

RIO REAL BA

19/02/1970

GER-NAB CM-RIO REAL BA

DST-SEDE

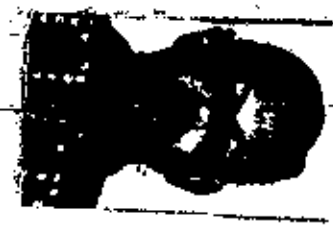
L-A39 P-72V

R 015433

958722725 53

LEI Nº 7.10 DE 20/06/83

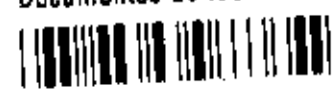
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Marcio Lima Reis

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

0415591 054




VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REQUINTO GERAL 4.008.977-0

DATA DE EMISSÃO 01/11/2017

NOME MAYSA SANTOS REIS

PAISADO RESIDENTE JESUS DOS SANTOS

INSCRICAO LIMA REIS

NATURALIDADE ESTRELA-SE

DATA DE NASCIMENTO 08/02/2015

DOC ORIGINAR

CT. NASCIMENTO 110429015620151000404042001828794

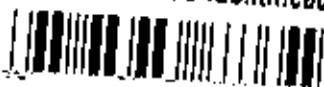
CPF 0151 0151 DE 05151040119/SE

085.135.965-58

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 1965

Documentos de identificacao



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
085.135.965-58

Nome
MAYSA SANTOS REIS

Nascimento
08/02/2015

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

07.633.921-11 02-05-2016

MÁRCIO LIMA REIS

EDENÉSIO VALENTIM DOS REIS

IVONE LIMA REIS

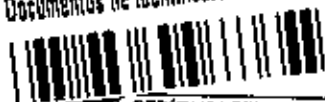
RIO REAL BA 19-02-1978

C.NAS. CM RIO REAL BA DS
SEDE LV A39 FL 72V RT 15433
958.722.725-53

Assinado pelo Cartão de A. P. Reis

LEI Nº 7.116 DE 28/09/83

Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

NÃO PLASTIFICAR

Márcio Lima Reis

CARTEIRA DE IDENTIDADE

07/2016

MÁRCIO LIMA REIS

958.722.725-53

Nome de Registro

Cadastro de Pessoas Físicas

CPF

15.08.2016

15.08.2016





PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17
Vítima: MARCIO LIMA REIS
CPF: 958.722.725-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/10/2017
Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

Outros



CAMILA DOS SANTOS REIS : 078.838.745-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MAYSA SANTOS REIS : 085.135.965-58

Certidão de nascimento
Declaração de únicos herdeiros
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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 31/10/2017
Nome: CAMILA DOS SANTOS REIS
CPF/CNPJ: 078.838.745-60

Data do cadastramento: 13/11/2017
Nome: REGINA ALICE PEFPE
CPF: 372.026.777-68

CAMILA DOS SANTOS REIS

REGINA ALICE PEFPE

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☒ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☒ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (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 Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☒ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Matheus Roberto Correia
Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 048.858.925-00
E-mail matheus.correia@lider.com.br Tel: 99988-9642
Data 25/10/17 Assinatura Matheus

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AGÊNCIA DOS COMÉRIOS
Atendente WASHINGTON LUIZ DA SILVA Matrícula 80835879
Data: 27/10/17 Assinatura: Washington Luiz da Silva

COBERTURA SOLICITADA

- ☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Jonas da Silva
DATA DO ACIDENTE 25.10.17 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 958.922.925-55

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

SUS-BA**SISTEMA UNIFICADO DE SAUDE****UNIDADE DE ORIGEM**

Hospital Regional Dantas Bião

UNIDADE PARA REFERENCIA

Instituto Médico Legal

NOME: MARCIO LIMA REIS**SEXO: MASCULINO IDADE: 39a**

Encaminhado ao IML por se tratar de óbito de causa externa e/ou não definida.

Data e Hora da constatação do óbito: 17/10/17 AS 18:40HS

HISTÓRICO: PACIENTE VITIMA DE TRAUMATISMO DE CRANEO EM COLISÃO DE MOTO CAVALO SIC INFORMAÇÕES DA ADMISSÃO EM USO DE BEBIDA ALCOOLICA TRAZIDO NA AVANÇADA DO SAMU JÁ EM VMI GLGW 3 REALIZOU TC DE CRANEO ONDE APRESENTA COLEÇÃO SANGUINOLENTA DIFUSA NO CRANEO DÁ ENTRADA HOJE NA UTI AS 18HS COM ACESSO PERIFERICO EM USO DE SEDAÇÃO SEM DVA HIPOTENSO SEVERO PUPILAS ABERTAS SEM MENSURAÇÃO DE SATURAÇÃO CIANOSE DE EXTREMIDADES COM POUCA EXPANSIBILIDADE DE TORAX AS 18:10HS FEZ PARADA CARDIACA SENDO REANIMADO POR 30 MINUTOS SEM SUCESSO SERÁ ENCAMINHADO AO IML DEVIDO A CAUSA EXTERNA DE MORTE

Alagoinhas, 17/10/17

João Pereira G. Galvão
Cirurgião Geral
CRM 14592

Assinatura e carimbo

Recebido dia 18.10.17
AS 08:23 hs

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17
Vítima: MARCIO LIMA REIS
CPF: 958.722.725-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/10/2017
Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

Outros



ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS : 051.642.585-44

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/03/2018
Nome: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS
CPF: 051.642.585-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2018
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

Patricia Aleixo Silva

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

VÍTIMA

Porto de Linau

DATA DO ACIDENTE 05-10-17 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 088.627.228-53

- ☒ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☒ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ NÃO
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitais que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (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 Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

Portador da documentação (Nome) HERNANDEZ, PAULO ROBERTO

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 081.630.585-44

E-mail

Data

06/03/18 Assinatura Robson de Jesus dos Santos

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) MENEIA DOS CORREIO

Atendente WILSON L. DA SILVA Matrícula 80837279

Data: 06.03.18 Assinatura Wolington S. da Silva

[illegible]

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros



los
AT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17

Vítima: MARCIO LIMA REIS

CPF: 958.722.725-53

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 15/10/2017

Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 22/08/2018
Nome: CAMILA DOS SANTOS REIS
CPF: 078.838.745-60

Data do cadastramento: 27/08/2018
Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO
CPF: 083.495.187-82

CAMILA DOS SANTOS REIS

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

VÍTIMA Antonio Brito Filho

DATA DO ACIDENTE 15.10.2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 958.922.82553

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)

☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)

☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.

Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.

Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Laudo de Invalidéz do IML – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML

☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não

☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)

☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não

☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)

☐ CPF da vítima (cópia simples)

☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).

☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (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 Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge

☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)

☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)

☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Norma de Oliveira

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 018.838.945-00

E-mail miliana@seguropdvat.com.br Tel. 09988-9544

Data 16.08.2018 Assinatura Norma de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto)

Atendente Norma de Oliveira Matrícula 8.0617771

Data: 16.08.2018 Assinatura Norma de Oliveira

DECLARAÇÃO

Eu, CAMILA DOS SANTOS REIS, maior, brasileira, solteira, portadora do RG nº 50.106.729-2 SSP/SP e CPF nº: 078.838.745-60 domiciliada na Rua Travessa Brasília, nº 275, município de Rio Real - BA, declaro para os devidos fins de direito que MARCIO LIMA REIS, brasileiro, solteiro, falecido em 17 de outubro de 2017, assentado em Certidão de Óbito matrícula 006700 01 55 2017 4 00021 177 0008512 12, deixou como único documento de identificação a **Carteira de Identidade com Registro Geral nº 07633921 11 SSP/BA expedida em 20/09/2007**, tendo como documento de origem a CER-NAS CM-RIO REAL BA DST-SEDE L-A39 F-72V R 015433; consta ainda seu nome, **MARCIO LIMA REIS**, data de nascimento 19/02/1978, filiação: Edenesio Valentim dos Reis e Ivone Lima Reis, e CPF: 95872272553.

Rio Real - Bahia, 09 de Agosto de 2018

Selo de Autenticidade
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
Ata Notarial ou de Registro
Tribunal de Justiça do Estado da Bahia
Comarca de Rio Real - BA
Reconheço a firma por Camila dos Santos Reis
Ocupação: Advogada
Rio Real - BA, 09/08/2018
☐ Thayanne Oliveira de Moraes - Tabelão Titular
☐ Thiago de Jesus Carvalho - Tabelão Substituto
☐ Livia Regina Moreira Costa - Escrevente Autorizada
☒ Rafaela de Carvalho Machado - Escrevente Autorizada

RECONHECO

Camila dos Santos Reis

Camila dos Santos Reis

Declarante

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17

Número do Sinistro: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

CPF: 958.722.725-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS : 051.642.585-44

Comprovante de residência

Documentos de identificação

MAYSA SANTOS REIS : 085.135.965-58

Autorização de pagamento

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: 26/11/2018

Nome: MAYSA SANTOS REIS

CPF: 085.135.965-58

MAYSA SANTOS REIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Alessandra Magalhães

De: Francisco Trotte
Enviado em: sexta-feira, 23 de novembro de 2018 17:41
Para: Projeto Correio
Assunto: Nº Atendimento 22196986 - 3170606050
Anexos: Untitled_23112018_173403.pdf

Boa tarde.

Favor cadastrar a Sra. ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS somente como representante legal da menor beneficiária MAYSA SANTOS REIS.

OBS.: favor receber o mesmo formulário de autorização de pagamento na aba de MAYSA.

Atenciosamente,

Francisco Trotte

Gerência Técnica
francisco.trotte@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4050



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17

Número do Sinistro: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

CPF: 958.722.725-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS



DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS : 051.642.585-44

Comprovante de residência

Documentos de identificação

MAYSA SANTOS REIS : 085.135.965-58

Autorização de pagamento

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: 26/11/2018

Nome: MAYSA SANTOS REIS

CPF: 085.135.965-58

MAYSA SANTOS REIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Alessandra Magalhães

De: Francisco Trotte
Enviado em: sexta-feira, 23 de novembro de 2018 17:41
Para: Projeto Correio
Assunto: Nº Atendimento 22196986 - 3170606050
Anexos: Untitled_23112018_173403.pdf

Boa tarde.

Favor cadastrar a Sra. ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS somente como representante legal da menor beneficiária MAYSA SANTOS REIS.

OBS.: favor receber o mesmo formulário de autorização de pagamento na aba de MAYSA.

Atenciosamente,

Francisco Trotte

Gerência Técnica
francisco.trotte@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4050



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa **News** e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios da Seguros DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17

Número do Sinistro: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

Data do acidente: 15/10/2017

CPF: 958.722.725-53

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentos de identificação

Outros



ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS : 051.642.585-44

Autorização de pagamento

MAYSA SANTOS REIS : 085.135.965-58

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

CAMILA DOS SANTOS REIS : 078.838.745-60

Autorização de pagamento

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: 31/01/2019
Nome: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS
CPF: 051.642.585-44

ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

SINISTRO 3170606050 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MARCIO LIMA REIS****COBERTURA Morte****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO
CORREIOS****BENEFICIÁRIO CAMILA DOS SANTOS REIS****CPF/CNPJ: 07883874560****Posição em 14-01-2019 13:00:31**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Documentos de identificação	Vítima	Pendente	
Autorização de pagamento	Representante	Pendente	ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

RECEBIDO

28 JAN 2019

Seguradora Líder DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17

Número do Sinistro: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

CPF: 958.722.725-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/10/2017

Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros

VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO : 478.866.765-72

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



ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da 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: 25/06/2019
Nome: VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO
CPF: 478.866.765-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

/ALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO

Elen Tais Alves Pereira

COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Marcio Diana Reis

DATA DO ACIDENTE 15/10/2017 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO Nº CPF 95872272553

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (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 Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Valdione Maria Medeiros do Nascimento
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 4
 E-mail _____ Tel.: 99-9-96863874
 Data 12/06/2019 Assinatura Valdione Maria Medeiros do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Ac. Rio do Arco/SE
 Atendente Enileio Sales Feijó Matrícula 6929198
 Data: 12/06/19 Assinatura: [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA BAHIA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO NELLO
NÃO PLASTIFICAR

FOLHA ÚNICA

Adailton da Cruz Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 14.841.477-07

DATA DE EXPIRAÇÃO 22-02-2016

NOME ADAILTON DA CRUZ SANTOS

RELACÃO JOSÉ FARIAS DOS SANTOS

ANA MARIA DA CRUZ

NATURALIDADE

RIO REAL BA

DATA DE NASCIMENTO

25-10-1996

DOC ORIGIN

C.NAS. CM RIO REAL BA OS

SEDE LV 00057 FL 222 RT 0037217

078.845.645-80

João de Deus A. Reis

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

Testemunha

03.565.870-37 15-08-2014

JANETE ANDRADE DE JESUS

MARIA ANDRADE DE JESUS

RIO REAL BA 05-05-1967

C.NAS. CM ITORORO BA DS
SEDE LV 07 FL 564 RT 8327
445.948.365-34

Facileza Vel. de Alqueima Junt

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

15-08-2014

JANETE ANDRADE DE JESUS

ASSINATURA EM TINTA

NÃO PLASTIFICAR

Scanned by CamScanner

Testemunha

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17

Número do Sinistro: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

CPF: 958.722.725-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO : 478.866.765-72

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

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da 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: 25/06/2019
Nome: VALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTO
CPF: 478.866.765-72

/ALDIRENE MARIA MEDEIROS DO NASCIMENTC

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/06/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17

Número do Sinistro: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

CPF: 958.722.725-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentos de identificação
Outros

ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS : 051.642.585-44

Autorização de pagamento

MAYSA SANTOS REIS : 085.135.965-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

CAMILA DOS SANTOS REIS : 078.838.745-60

Autorização de pagamento
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: 31/01/2019
Nome: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS
CPF: 051.642.585-44

ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/01/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0438790/17

Número do Sinistro: 3170606050

Vítima: MARCIO LIMA REIS

CPF: 958.722.725-53

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 15/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCIO LIMA REIS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS : 051.642.585-44

Comprovante de residência

Documentos de identificação

MAYSA SANTOS REIS : 085.135.965-58

Autorização de pagamento

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: 26/11/2018

Nome: MAYSA SANTOS REIS

CPF: 085.135.965-58

MAYSA SANTOS REIS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

Anexo ID: 4971006

I.N.S.S. - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
DIRETORIA DO SEGURO SOCIAL
REDOBRAMENTO DE BENEFÍCIOS - PENSÃO POR MORTE

Versão : 2.5h

OL : 22.0.01.020
NB : 184.026.944-5
RESPECIR : 21

DADOS DO SEGURADO INSTITUIDOR

MARCIO LIMA REIS

DER : 03/01/2016

NOME DA MÃE : IVONE LIMA REIS

DATA NASC : 19/02/1978

SEXO : M

NACIONALIDADE : 10 BRASILEIRA

MUNICÍPIO : 2977004

CPF : 058.722.725-53

IDENTIDADE : 763322111

N.I.T. : 11869A10026

CTPS/SERIE

DATA ÓBITO : 17/10/2017

RAMO ATIVIDADE : 2 COMERCIÁRIOS

FILIAÇÃO : 8 CONTRIBUINTE INDIV

OUTRA ATIV : 0

ESTÁ EM GOZO DE BENEFÍCIO : (N)

RELACÃO DE DEPENDENTES

NOME

ESTADO CIVIL

VÍNCULO

DATA NASCIMENTO

INVALÍDO ?

INCAPAZ ?

VALDIRENE MARIA X NASCIMENTO

SOLTEIRO

COMPANHEIRO (A)

11/11/1969

X

N

Prova de companheirismo



TITULAR

VALDIRENE MARIA NEDEIROS DO NASCIMENTO

DATA NASC

SEXO : F

NACIONALIDADE :

MUNICÍPIO :

CPF

IDENTIDADE :

N.I.T. :

CTPS/SERIE

FRAGMENTO

MICRO REGISTRO : 220005

ÓRGÃO PARADOR :

ÓRGÃO MANTENEDOR : 22.0.01.020

DER. IN : 00

ENDEREÇO P/ CORRESPONDÊNCIA

[TITULAR]

ENDEREÇO : RUA NERIO DANTAS CASSA

CIDADE : RIO REAL

UF : BA

CEP : 48330-000

BAIRRO : CENTRO

TELEFONE :

LOCAL :

DATA :

MATRÍCULA : 1530470

ASSINATURA :

LOCAL E DATA :

ASSINATURA :

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a ocorrência de óbito ou emancipação de dependentes deverá ser comunicada ao INSS no prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data em que o mesmo ocorrer, mediante apresentação da respectiva certidão.

A falta do cumprimento do compromisso ora assumido ou de qualquer declaração falsa, será de obrigar à devolução de importâncias recebidas indevidamente, quando for o caso, sujeitar-se-á às penalidades previstas no art. 171 e 289 do Código Penal.

LOCAL E DATA

ASSINATURA