



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040600026

**DATA:**

12/07/2023

**MOVIMENTO:**

Juntada

**DESCRIÇÃO:**

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20230712110202033 às 11:02 em 12/07/2023.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO DA COMARCA DE ARACAJU/SE

Processo n.º 00008768120208250001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **CAMILA DOS SANTOS REIS E OUTRA** ambas representadas por **ROSINEIDE JESUS DE SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

#### DAS INTIMAÇÕES

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrita sob o nº 2595/SE, e-mail: [kchrystian@hotmail.com](mailto:kchrystian@hotmail.com), telefone: 79 9 9988 5315, sob pena de nulidade das mesmas.

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

Alegam as Autoras em peça vestibular, que o ente querido **MARCIO LIMA REIS**, foi vítima de acidente automobilístico o que levou ao seu falecimento em 15/10/2017.

Primeiramente Exa., informamos que localizamos o pedido de indenização em nome das autoras em referência e que, após análise fora DEFERIDO. O valor de indenização por morte foi deferido na proporção de R\$ 3375,00 para cada uma, visto que, conforme se verifica pela leitura da certidão de óbito juntada aos autos, o falecido deixou 2 filhas e consta como solteiro.

Desta forma Exa., tendo em vista o adimplemento/quitação na esfera administrativa, não há que se falar em qualquer tipo de complementação, tendo em vista o correto pagamento realizado na esfera administrativa.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré

#### **PRELIMINARMENTE**

#### **DA TEMPESTIVIDADE**

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/20151, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

#### **DA INÉPCIA DA INICIAL**

##### **AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS DA AUTORA CAMILA DOS SANTOS REIS**

Cabe o reconhecimento de que a petição inicial protocolada é inepta. Isto se confirma posto que a inicial deve ser instruída com os documentos obrigatórios, sendo o documento de identificação um deles.

Desse modo, requer o indeferimento da petição inicial, com a extinção do processo com fulcro no artigo 485, I, do CPC.

#### **DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DE PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA**

Salienta-se quanto a imperiosa necessidade de se verificar a qualidade de única beneficiária da Autora para pleitearem a verba indenizatória do Seguro Obrigatório DPVAT, em sua totalidade.

Cumprе destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil.

**CONSIDERANDO QUE O ARTIGO 792 DO CÓDIGO CIVIL PREVÊ QUE METADE DA INDENIZAÇÃO SERÁ PAGA AO CÔNJUGE, E O RESTANTE SERÁ DIVIDIDO ENTRE OS HERDEIROS, IMPERIOSO SE VERIFICAR À QUALIDADE DE ÚNICA BENEFICIÁRIA DA AUTORA NA PRESENTE DEMANDA. IDENTIFICAMOS QUE A PARTE AUTORA PLEITEIA A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EXISTENTE NOS AUTOS, E QUE NÃO CABE AO RECEBIMENTO INTEGRAL, HAJA VISTA QUE CADA AUTORA JÁ RECEBEU O VALOR INDENIZATÓRIO QUE LHE CABIA, DE R\$ 3.375,00, VISTO QUE, CONFORME SE VERIFICA PELA LEITURA DA CERTIDÃO DE ÓBITO JUNTADA AOS AUTOS, O FALECIDO DEIXOU 2 FILHAS E CONSTA COMO SOLTEIRO.**

**PERCEBA AINDA EXA., QUE NÃO CONSTA A JUNTADA DE NENHUM DOCUMENTO DE CAMILA DOS SANTOS REIS NOS AUTOS!**

**ASSIM, DEVE-SE VERIFICAR QUANTO A REAL QUALIDADE DE BENEFICIÁRIA DA AUTORA, PARA QUE NO FUTURO A RÉ, OU QUALQUER OUTRA SOCIEDADE SEGURADORA PARTICIPANTE DO “POOL” DO CONVÊNIO DPVAT, NÃO SEJA COMPELIDA A EFETUAR OUTRO PAGAMENTO A POSSÍVEL BENEFICIÁRIO QUE POSSA SURGIR.**

**DESTA FORMA, ANTE A AUSÊNCIA COMPROVAÇÃO DE ÚNICA BENEFICIÁRIA DA PARTE AUTORA, PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO EM SUA TOTALIDADE, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.**

**CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

**(AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML).**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize pelo suposto falecimento de seu ente no acidente noticiado.

**A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTURAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.**

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos, quais sejam:

***“Art. 5º(...)***

***§1º(...)***

***a) Certidão de óbito, registro da ocorrência policial competente e a qualidade de beneficiários no caso de morte;***

***§3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecido diretamente pelo Instituto Médico Legal, independente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente***

Ademais, o artigo 5º da Resolução CNSP nº 07/97, repetindo praticamente o que dispõe a lei, assim disciplina:

***“Caso seja detectada falha de ordem formal em um dos documentos mencionados nos artigos 2º e 4º, ou a existência de indícios de fraude, deverá a seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da documentação, notificar o interessado com “aviso de recebimento”, solicitando os documentos ou esclarecimentos necessários à elucidação do assunto.”***

Constata-se que não há nos autos o Laudo do Instituto Médico Legal certificando, com a exatidão que a lei determina a *causa mortis* da vítima como sendo oriunda de acidente automobilístico noticiado.

Essa prova documental incumbe à parte Autora, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

Dessa forma, como a certidão de óbito não informa que houve acidente de trânsito, não poderia a parte autora pleitear indenização a título de seguro obrigatório, DPVAT, pelo falecimento de seu ente querido, ainda, que lhe

tenha causado dor, pois o seguro DPVAT tem requisitos legais a serem obedecidos os quais são alegados ao longo da peça processual que ora se apresenta.

## **DO MÉRITO**

### **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DO REPRESENTANTE LEGAL**

Caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

**A RÉ INFORMA A NECESSIDADE DE SER OUVIDA, PESSOALMENTE, A PARTE AUTORA SOBRE OS FATOS NARRADOS NA INICIAL, BEM COMO TODA DOCUMENTAÇÃO JUNTADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE OCORRÊNCIA, para confirmar o todo exposto, bem como verificar a existência de outros herdeiros, conforme se verifica na leitura da certidão de óbito.**

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

### **DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07**

### **ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74**

Cumprе salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

**REITERANDO QUE O VALOR INDENIZÁVEL PARA A COBERTURA DE EVENTO MORTE É DE R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS), VERIFICA-SE QUE O VALOR DEVE SER DIVIDIDO ENTRE TODOS OS BENEFICIÁRIOS DA VÍTIMA. IDENTIFICAMOS QUE A PARTE AUTORA PLEITEIA A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EXISTENTE NOS AUTOS, E QUE NÃO CABE AO RECEBIMENTO INTEGRAL, VISTO QUE, CONFORME SE VERIFICA PELA LEITURA DA CERTIDÃO DE ÓBITO JUNTADA AOS AUTOS, O FALECIDO DEIXOU 2 FILHAS E CONSTA COMO SOLTEIRO.**

## DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

### DA QUITAÇÃO ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 3375,00 PARA CADA AUTORA**, após a regulação do sinistro.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

*“(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irreatável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”*

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

**REITERANDO QUE O VALOR INDENIZÁVEL PARA A COBERTURA DE EVENTO MORTE É DE R\$ 13.500,00 (TREZE MIL E QUINHENTOS REAIS), VERIFICA-SE QUE O VALOR DEVE SER DIVIDIDO ENTRE TODOS OS BENEFICIÁRIOS DA VÍTIMA. IDENTIFICAMOS QUE A PARTE AUTORA PLEITEIA A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO EXISTENTE NOS AUTOS, E QUE NÃO CABE AO RECEBIMENTO INTEGRAL, HAJA VISTA QUE A PARTE AUTORA JÁ RECEBEU O VALOR INDENIZATÓRIO QUE LHE CABIA, DE R\$ 3375,00 PARA CADA AUTORA.**

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de **R\$ 3375,00 PARA CADA AUTORA**, o qual foi aceito pela beneficiária legal.

**Ante o exposto, deve o feito ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.**

### DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

## DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

## CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

**Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

Por fim, ressalta a necessidade da intervenção do Ministério Público nos casos de interesse de incapazes, sob pena de nulidade processual, conforme artigo 178, II c/c art. 279 do Código de Processo Civil.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15 andar, Sala 1509/1512 – Centro - CEP:20021-290 – RJ – Rio de Janeiro e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrita sob o nº 2595/SE, e-mail: [kchrystian@hotmail.com](mailto:kchrystian@hotmail.com), telefone: 79 9 9988 5315, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2023.

**KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ**

**OAB/SE 2595**

## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/SE 780-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa da advogada KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ, inscrita na OAB/SE sob o número 2592, com escritório na RUA PACATUBA, N.º 254, SALA 210, CENTRO. ARACAJU/SE, os poderes que lhes foram conferidos por **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDENCIA S.A** e **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **CAMILA DOS SANTOS REIS**, em curso perante a Vara de Acidentes e Delitos de Trânsito da comarca de **ARACAJU**, nos autos do Processo nº 00008768120208250001.

Rio de Janeiro, 12 de julho de 2023.



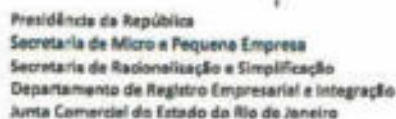
JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/SE 780-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819





33.3.0028479-6

Sociedade anônima

Normal

128 An. Deutscher

26/01/2018 - 10:52:13

JUCERIA

**Online Argumenter:**

0000131501-18/12/2017

DOI: 10.1002/for

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

Balance(s): 102595004

Hash: ECC32023-D73D-4331-8033-7CC99410A904

| Órgão | Calculado | Pago   |
|-------|-----------|--------|
| Junta | 570,00    | 570,00 |
| DRF   | 21,00     | 21,00  |



## REQUERIMIENTO

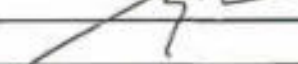
Ilmo Sr. Presidente da Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**

requer a v. sa o deferimento do seguinte ato:

[illegible]

Representante legal da empresa

|       |                      |                                                                                                                                                                           |
|-------|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Local | Nome:                |   |
|       | Assinatura:          |                                                                                                                                                                           |
|       | Telefone de contato: |                                                                                                                                                                           |
| Data  | E-mail:              |                                                                                                                                                                           |
|       | Tipo de documento:   | Híbrido                                                                                                                                                                   |
|       | Data de criação:     | 24/01/2018                                                                                                                                                                |
|       | Data da 1ª entrada:  |                                                                                                                                                                           |



00-2018/017153-4

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO PRIVAT S/A

NRE: 133.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 0003149058 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD59743867A48220CF0K4956AFAD5E5CF8FFD5CF68740F233K496AFDA8DE1FD8

14a) validar o documento acesse <http://www.tuceria.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pág. 2/13



**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.**

NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

**ATA DA REUNIÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
REALIZADA EM 14 DE DEZEMBRO DE 2017**

**1. DATA, HORA E LOCAL:** Aos 14 (quatorze) dias do mês de dezembro de 2017, às 10 horas, na Rua da Assembleia, nº 100 - 26º andar - Sala de Reunião do Conselho de Administração, na Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

**2. CONVOCAÇÃO:** Os membros do Conselho de Administração foram convocados por correio eletrônico enviado em 07 de dezembro de 2017.

**3. PRESENÇA:** Presentes os conselheiros titulares: Roberto Barroso, Celso Damadi, Jabil de Mendonça Alexandre, Rosana Techima Salsano, Ivan Luiz Gontijo Júnior, Alfredo Lalia Neto, Marcelo Goldman, Bernardo Dieckmann, João Gilberto Possiede, Nicolás Jesus Di Salvo, Paulo de Oliveira Medeiros, João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo e Paulo Augusto Freitas de Souza, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia. Presentes, ainda, os conselheiros suplentes Leonardo F. Semenovitch, Sidney Aparecido Pariz, Anderson Fernandes Peixoto e Maurício Bernardes, que, por força da presença dos respectivos Conselheiros titulares, atenderam à reunião sem direito a voto nas matérias da ordem do dia, conforme assinaturas constantes do Livro de Presença de Conselheiros da Companhia.

**4. MESA:** Presidente: Roberto Barroso; Secretária: Isabella Maria Azevedo da Cunha.

**5. ORDEM DO DIA:** deliberar sobre:

- (i) reeleição de Diretores Estatutários; e
- (ii) eleição de membro para o Comitê de Auditoria.

**6. DELIBERAÇÕES:** Iniciados os trabalhos pelo item (i) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, reeleger para um mandato de 01 (um) ano os seguintes membros da Diretoria da Companhia: (a) **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor Presidente da Companhia; (b) **HELIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretor sem designação específica da

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 1 de 3

Companhia; e (c) **CRISTIANE FERREIRA DA SILVA**, brasileira, solteira, securitária, titular do documento de identidade nº 16.482.014-0, expedido pela SSP-SP, inscrita no CPF/MF sob o nº 060.179.048-09, residente e domiciliado na Cidade do Rio de Janeiro, no Estado do Rio de Janeiro, para o cargo de Diretora sem designação específica. A posse dos diretores ora eleitos dar-se-á mediante assinatura do respectivo termo no livro de atas da Diretoria Executiva da Companhia, permanecendo nos respectivos cargos até a investidura dos seus sucessores. Os Diretores ora eleitos aceitaram e declararam, sob as penas da lei, que não estão impedidos de exercer o comércio ou a administração de sociedade mercantis em virtude de condenação criminal, tampouco estão impedidos, por lei especial, ou condenados por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, não estando incurso em quaisquer dos crimes previstos em lei ou nas restrições legais que possam impedi-los de exercer atividades mercantis, em desacordo com o disposto no art. 37, inciso II, da Lei nº. 8.934, 18 de dezembro de 1994 e no art. 147 da Lei nº. 6.404, de 15 de dezembro de 1976, ciente de que qualquer declaração falsa importará em responsabilidade criminal. Os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, retirar o item (II) da ordem do dia de pauta. Em decorrência do item (I) da ordem do dia, os membros do Conselho de Administração deliberaram, por unanimidade, rerratificar as funções específicas perante à SUSEP atribuídas aos membros da Diretoria Executiva, conforme segue. Deixa-se de atribuir as funções de que tratam os itens 1.2.1.5, 1.2.1.6, e 1.2.1.7, da Carta Circular nº 1/2016/Susep-Cgrat, tendo em vista inexistirem as referidas atividades na Companhia:

| N | MEMBRO                      | RCA        | MANDATO    | FUNÇÃO ESPECÍFICAS PERANTE À SUSEP                                                                                                                       |
|---|-----------------------------|------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | José Ismar Alves Tôres      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor Presidente                                                                                                                                       |
| 2 | Helio Bitton Rodrigues      | 14.12.2017 | 13.12.2018 | sem função específica                                                                                                                                    |
| 3 | Cristiane Ferreira da Silva | 14.12.2017 | 13.12.2018 | Diretor responsável técnico (Circular SUSEP nº 234/03 e Resolução CNSP nº 321/15) (executiva ou operacional)                                             |
| 4 | Milton Bellizia             | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelas relações com a SUSEP (executiva ou operacional)                                                                                |
|   |                             |            |            | Diretor responsável administrativo-financeiro (executiva ou operacional)                                                                                 |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade (executiva ou operacional)                 |
| 5 | Andrea Louise Ruano Ribeiro | 15.02.2017 | 14.02.2018 | Diretor responsável pelo cumprimento do disposto na Lei nº 9.613, de 3 de março de 1998 (Circulares SUSEP nº 234/03 e 445/12) (fiscalização ou controle) |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos (fiscalização ou controle)                                                                                  |
|   |                             |            |            | Diretor responsável pelos controles internos específicos para a prevenção contra fraudes (fiscalização ou controle)                                      |

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 2 de 3

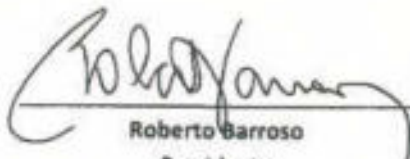
*CR* *Luci*

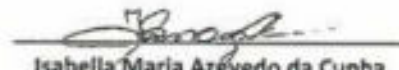
**7. ENCERRAMENTO, LAVRATURA, APROVAÇÃO E ASSINATURA DA ATA:** Nada mais a ser tratado, foi encerrada a reunião e lavrada a presente ata em forma de sumário dos fatos ocorridos e que, após lida e achada correta, foi aprovada e assinada por todos os conselheiros presentes.

**8. ASSINATURAS:** A presente ata foi assinada por: Roberto Barroso – Presidente (ass.), Isabella Maria Azevedo da Cunha – Secretária (ass.), Celso Damadi, Jabis de Mendonça Alexandre (ass.), Rosana Techima Salsano (ass.), Ivan Luiz Gontijo Junior (ass.), Alfredo Lalia Neto (ass.), Marcelo Goldman (ass.), Bernardo Dieckmann (ass.), João Gilberto Possiede (ass.), Nicolás Jesus Di Salvo (ass.), Paulo de Oliveira Medeiros (ass.), João Carlos Cardoso Botelho, Fernando Rodrigues Azevedo (ass.) e Paulo Augusto Freitas de Souza (ass.).

Certifico que a presente é cópia fiel da Ata original lavrada no Livro de Atas do Conselho de Administração da Companhia.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
Roberto Barroso  
Presidente

  
Isabella Maria Azevedo da Cunha  
Secretária

Ata da Reunião do Conselho de Administração da Seguradora Líder do Consórcio do  
Seguro DPVAT S.A. realizada em 14 de dezembro de 2017, às 10 horas  
Página 3 de 3

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFDE4856AFAD858CF8FFD5CF68740F233E496AFDA80X1F88

validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o n° de protocolo. Pag. 5/13



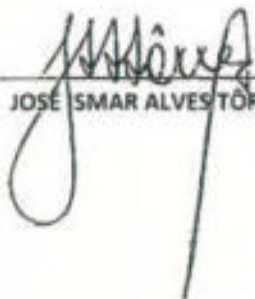
SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES, brasileiro, casado, securitário, inscrito no CPF/MF sob o nº 186.088.769-49 e titular da carteira de identidade nº 2.237.060, expedido pela SSP-DF, residente e domiciliado na Rua Presidente Alfonso Lopes, nº 25, apto 402 – Lagoa, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22071-050, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
JOSE ISMAR ALVES TORRES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

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

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00053149059 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6974386FA48220CFEE4836AFADE5ECF8FFD5CF68740F233E496AFDA80E1F88

validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 8/13



SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO  
DO SEGURO DPVAT S.A.  
NIRE nº. 33.3.0028479-6  
CNPJ/MF nº. 09.248.608/0001-04

LIVRO DE ATAS DE REUNIÃO DA DIRETORIA EXECUTIVA

TERMO DE POSSE

HÉLIO BITTON RODRIGUES, brasileiro, solteiro, advogado, titular do documento de identidade nº 07.395.050-3, expedido pelo DETRAN-RJ, inscrito no CPF/MF sob o nº 990.536.407-20, residente e domiciliado na Rua Visconde de Pirajá, 228, apto 203, Ipanema, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro – CEP: 22410-000, eleito como membro da Diretoria Executiva da Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A. ("Companhia") na Reunião do Conselho de Administração realizada no dia 14 de dezembro de 2017, é investido no cargo para o qual foi eleito mediante assinatura do presente termo, em conformidade com a Lei nº 6.404/1976, com prazo de mandato de 01 (um) ano. O membro da Diretoria Executiva ora investido, nos termos do art. 147 da Lei nº 6.404/76, declara, sob as penas da lei, que: (i) não está impedido por lei especial, ou condenado por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, contra a economia popular, a fé pública ou a propriedade, ou a pena criminal que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos; (ii) possui reputação ilibada; (iii) preenche os requisitos estabelecidos na legislação em vigor para o exercício do cargo para o qual foi eleito; e (iv) não ocupa cargo em sociedade que possa ser considerada concorrente no mercado da Companhia, e não tem, nem representa, interesse conflitante com o da Companhia. Por fim, nos termos do art. 149, § 2º da Lei nº 6.404/1976, declara que receberá as citações e intimações em processos administrativos e judiciais relativos a atos de sua gestão na Rua Senador Dantas, nº 74 - 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Cidade do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 14 de dezembro de 2017

  
HÉLIO BITTON RODRIGUES

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro

Empresa: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

NIRE: 333.0028479-6 Protocolo: 00-2018/017153-4 Data do protocolo: 26/01/2018

CERTIFICO O ARQUIVAMENTO em 30/01/2018 SOB O NÚMERO 00003149039 e demais constantes do termo de autenticação.

Autenticação: FD6376386FA88220CFDE4B56AFAD5ECF8FFDDCF88740F233E496AFDA30X1F8S

validar o documento acesse <http://www.jucerja.rj.gov.br/servicos/chanceladigital>, informe o nº de protocolo. Pag. 10/15





12/10

**ANEXO I À ATA DAS ASSEMBLEIAS GERAIS ORDINÁRIA E EXTRAORDINÁRIA DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., REALIZADAS EM 17 DE MARÇO DE 2016**



4996507

**"SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**

**ESTATUTO SOCIAL**

**CAPÍTULO I - DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO**

**Artigo 1º** – A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (a "Companhia") é uma sociedade por ações, de capital fechado, que se rege por este Estatuto Social e pelas disposições legais que lhe forem aplicáveis.

**Artigo 2º** – A Companhia tem por objeto operar nos ramos de seguros de danos e de pessoas, podendo participar de consórcios como líder, como previsto na regulamentação do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

**Artigo 3º** – A Companhia tem sede na cidade de Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14 e 15 andares, podendo criar, modificar e encerrar, mediante decisão da Diretoria, filiais, agências, sucursais, escritórios e representações em qualquer localidade do País.

**Artigo 4º** – A Companhia terá prazo indeterminado de duração.

**CAPÍTULO II - CAPITAL SOCIAL E AÇÕES**

**Artigo 5º** – O capital social é de R\$ 15.000.000,00 (quinze milhões de reais), totalmente subscrito e integralizado, sendo dividido em 15.000.000 (quinze milhões) de ações ordinárias nominativas escriturais, sem valor nominal.

**Parágrafo Primeiro** – Cada ação ordinária confere a seu titular direito a um voto nas deliberações da Assembleia Geral.

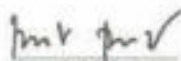
**Artigo 6º** – Respeitadas as disposições legais aplicáveis, a Companhia poderá efetuar resgate total ou parcial de ações de qualquer espécie ou classe ou adquiri-las para mantê-las em Tesouraria, pelo valor patrimonial da ação do último balanço auditado, cabendo ao Conselho de Administração fixar as demais características da operação.

**CAPÍTULO III – ASSEMBLEIA GERAL**

**ARTIGO 7º** – A Assembleia Geral tem poderes para decidir todos os negócios relativos ao objeto da Companhia e tomar as resoluções que julgar convenientes à sua defesa e desenvolvimento, sempre por maioria absoluta de votos, excetuados os casos expressos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016.

Página 1 de 10

  
Bernardo R. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9ADC86883B2947C81B477D798CBA11812475AE8208296B235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4896508

**ARTIGO 8º** - A Assembleia Geral reunir-se-á, ordinariamente, dentro dos 3 (três) primeiros meses após o encerramento do exercício social e, extraordinariamente, sempre que os interesses sociais assim o exigirem.

**Parágrafo Primeiro** - A Assembleia Geral será convocada na forma da lei. Independentemente das formalidades de convocação, também será considerada regular a Assembleia Geral a que comparecerem todos os acionistas.

**Parágrafo Segundo** - A mesa da Assembleia Geral será presidida por um acionista, diretor ou não, escolhido dentre os presentes por aclamação para dirigir os trabalhos, o qual poderá nomear até 2 (dois) secretários, que poderão ser acionistas ou não, para assessorá-lo a dirigir os trabalhos, manter a ordem, suspender, adiar e encerrar as reuniões e reduzir a termo o que foi deliberado, produzindo a competente ata.

**Parágrafo Terceiro** - Os representantes legais e os procuradores constituídos, para que possam comparecer às Assembleias, deverão fazer a entrega dos respectivos instrumentos de representação ou mandato na sede da Companhia, até 48 (quarenta e oito) horas antes da reunião acontecer.

**Parágrafo Quarto** - Ressalvadas as exceções previstas em lei, a Assembleia Geral instalar-se-á, em primeira convocação, com a presença de acionistas que representem, no mínimo, 1/4 (um quarto) do capital social com direito a voto, e em segunda convocação instalar-se-á com qualquer número.

**Parágrafo Quinto** - As decisões da Assembleia Geral serão formalizadas através de ata que deverá conter a transcrição das deliberações tomadas. Da ata tirar-se-ão certidões ou cópias autenticadas para os fins legais.

**Parágrafo Sexto** - Somente será aprovada a modificação do objeto social da Companhia com a aprovação de 2/3 (dois terços) das ações ordinárias.

#### **CAPÍTULO IV - ADMINISTRAÇÃO DA COMPANHIA**

**ARTIGO 9º** - A Companhia terá um Conselho de Administração e uma Diretoria Executiva.

**Parágrafo Primeiro** - Os Conselheiros e os Diretores serão investidos, após a aprovação de sua eleição pela Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, em seus cargos mediante assinatura do termo de posse no Livro de Atas do Conselho de Administração ou da Diretoria Executiva, conforme o caso.

**Parágrafo Segundo** - O prazo de gestão dos Conselheiros e dos Diretores estender-se-á até a investidura dos respectivos sucessores.

**Parágrafo Terceiro** - As atas das reuniões do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva serão lavradas em livro próprio e serão assinadas pelos Conselheiros e pelos Diretores presentes, conforme o caso.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinárias e Extraordinárias da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 2 de 10

Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11B12475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996509

**Parágrafo Quarto** – Os membros do Conselho de Administração e da Diretoria Executiva ficam dispensados de prestar caução como garantia de sua gestão.

**Parágrafo Quinto** – Caberá à Assembleia Geral fixar o montante global da remuneração dos Administradores, a qual será distribuída e destinada conforme deliberação do Conselho de Administração.

## **CAPÍTULO V - CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO**

**ARTIGO 10** – A Companhia será administrada por um Conselho de Administração, composto por, no mínimo, 9 (nove) membros, e no máximo, 15 (quinze) membros, e igual número de suplentes, todos acionistas, residentes no País ou não, eleitos e destituíveis pela Assembleia Geral, e com mandato de 1 (um) ano, permitida a reeleição.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros do Conselho de Administração terão as seguintes denominações: Conselheiro Presidente, Conselheiro Vice-Presidente e demais conselheiros sem designação específica.

**Parágrafo Segundo** – O membro do Conselho de Administração, que tiver ou representar interesse conflitante com a Companhia, não poderá ter acesso a informações nem participar e exercer o direito de voto nas deliberações do Conselho de Administração que configurem tal impedimento. Poderá, todavia, ser substituído por seu suplente, desde que este não esteja igualmente impedido.

**Parágrafo Terceiro** – O primeiro mandato dos membros do Conselho de Administração poderá ser superior a 1 (um) ano, se estendendo até a Assembleia Geral Ordinária que se realizar em 2009, referente ao exercício de 2008.

**ARTIGO 11** – Eleito pela Assembleia Geral o Conselho de Administração, caberá a este a eleição do Presidente e do Vice-Presidente do Conselho, por maioria de votos. O Vice-Presidente substituirá o Presidente nas suas ausências e impedimentos temporários.

**ARTIGO 12** – Na hipótese de ausências e impedimentos temporários de membro do Conselho de Administração, caberá ao seu suplente substituí-lo, e, no caso de vacância de cargo do Conselho de Administração, o conselheiro ausente será substituído por seu suplente até que seja eleito novo membro e seu respectivo suplente pela primeira Assembleia Geral.

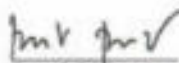
**ARTIGO 13** – Todas as deliberações do Conselho de Administração, feitas nas competentes reuniões e devidamente lavradas em atas, serão tomadas pela maioria de votos dos presentes.

**Parágrafo Primeiro** – O Presidente e Vice-Presidente do Conselho de Administração terão direito a voto, cabendo, ainda, ao Presidente em exercício, na hipótese de empate nas deliberações, o voto de desempate.

**Parágrafo Segundo** - Para que as reuniões do Conselho de Administração possam se instalar e validamente deliberar será necessário a presença da maioria de seus membros em exercício (titulares ou suplentes), desde que a reunião tenha sido regularmente

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 3 de 10

  
Bernardo A.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/08/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

13/4

convocada.



4996510

**Parágrafo Terceiro** - Caberá ao Presidente do Conselho de Administração presidir as reuniões do aludido Conselho de Administração, e escolher o secretário da reunião, que poderá não ser membro do Conselho de Administração.

**ARTIGO 14** - O Conselho de Administração reunir-se-á, ordinariamente, 1 (uma) vez por mês e, extraordinariamente, quando necessário, mediante convocação de seu Presidente ou, conjuntamente, por 3 (três) de seus membros.

**Parágrafo Primeiro** - Os membros da Diretoria Executiva participarão das reuniões do Conselho de Administração, quando convocados pelo Presidente do Conselho de Administração a pedido de qualquer de seus membros, para esclarecer sobre quaisquer assuntos de interesse da Companhia.

**Parágrafo Segundo** - As reuniões do Conselho de Administração deverão ser convocadas, por escrito, mediante carta, telegrama ou e-mail a cada um dos seus membros, e dos membros da Diretoria Executiva quando for o caso, com 5 (cinco) dias úteis de antecedência da data de sua realização. O local de realização das reuniões do Conselho de Administração deverá constar do competente anúncio de convocação, juntamente com o horário, a data de realização e a ordem do dia.

**Parágrafo Terceiro** - Independentemente das formalidades relativas à convocação, considerar-se-á regular a reunião a que comparecerem todos os membros titulares do Conselho de Administração ou seus suplentes, expressamente autorizados pelos respectivos titulares.

**ARTIGO 15** - Compete ao Conselho de Administração, além das atribuições que lhe são conferidas por lei:

- a) convocar as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinárias;
- b) fixar a orientação geral dos negócios da Companhia e aprovar as diretrizes políticas empresariais e objetivos básicos para todas as áreas principais da atuação da Companhia, bem como a sua política de investimentos financeiros;
- c) aprovar o orçamento anual, o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- d) eleger e destituir os Diretores da Companhia e fixar-lhes as atribuições através de um Regimento da Diretoria Executiva, bem como atribuir, dentro do montante global da remuneração fixada pela Assembleia Geral, os honorários mensais de cada um dos membros da Administração da Companhia;
- e) eleger, destituir e fixar a remuneração dos membros do Comitê de Auditoria da Companhia;
- f) fiscalizar a gestão dos Diretores, podendo examinar a qualquer tempo, os livros e papéis da Companhia e solicitar informações sobre quaisquer atos celebrados ou em vias de celebração pela Diretoria Executiva;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 4 de 10

Bernardo F. S. Benavente  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7845C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

13/4



4996511

g) manifestar-se, previamente, sobre o relatório da Administração, as contas da Diretoria Executiva, as demonstrações financeiras do exercício e examinar os balancetes mensais;

h) por proposta da Diretoria Executiva, deliberar sobre a declaração de dividendos à conta de lucros apurados em balanços semestrais e submeter à Assembleia Geral a proposta de destinação do lucro líquido do exercício;

i) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, contratos de marketing, etc.), bem como contrato financeiro, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e de locação cujo valor exceder o limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

j) autorizar a concessão de qualquer garantia, pela Companhia, qualquer que seja o montante, vedada a concessão de garantias para negócios estranhos aos interesses sociais;

k) a aprovação de qualquer transação para pôr término a litígio de valor superior ao limite de alçada da Diretoria Executiva estabelecido pelo próprio Conselho de Administração;

l) estabelecer, por proposta da Diretoria Executiva, critérios gerais de remuneração e a política de benefícios, diretos e indiretos, do quadro de funcionários;

m) decidir sobre a aquisição das próprias ações da companhia para cancelamento ou permanência em tesouraria e, neste último caso, deliberar sobre a sua eventual alienação, observadas as disposições legais aplicáveis;

n) nomear e destituir os auditores independentes da Companhia, analisando e homologando os resultados de seus trabalhos;

o) contribuir para o desenvolvimento de modelos, metodologias e processos de gestão, recomendando à Diretoria Executiva o alinhamento da companhia às melhores práticas, atuando como agente de modernização;

p) analisar e aprovar as propostas para novos investimentos em equipamentos, os compromissos de parcerias e associações e os assumidos com colaboradores;

q) definir diretrizes para o planejamento estratégico;

r) aprovar dotações orçamentárias para cada área e projetos, avaliando e aprovando os resultados a serem atingidos e seus ajustes;

s) manter-se devidamente atualizado sobre os riscos dos negócios;

t) aprovar a contratação de serviços de regulação e de liquidação de sinistros.

u) aprovar e fazer cumprir o Código de Ética da Companhia; e

v) resolver sobre os casos omissos no Estatuto Social e exercer outras atribuições que a

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 5 de 10

Bernardo K.L. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575165 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF8A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

15/4

lei ou este Estatuto não confirmam a outro órgão da Companhia.



4996512

**ARTIGO 16** – São atribuições específicas do Presidente do Conselho de Administração:

- a) fixar as datas para as reuniões ordinárias e convocar as reuniões extraordinárias do Conselho;
- b) presidir as reuniões e supervisionar os serviços administrativos do Conselho;
- c) dar o voto de qualidade em caso de empate, além de seu próprio voto; e
- d) zelar pela preservação do estatuto social, e pelo cumprimento das atribuições que cabem ao Conselho de Administração;

**Parágrafo Único** – Incumbe ao Vice-Presidente do Conselho de Administração substituir o Presidente durante as suas ausências ou impedimentos.

#### **CAPÍTULO VI - COMITÊ DE AUDITORIA**

**ARTIGO 17** – A Companhia terá um Comitê de Auditoria.

**ARTIGO 18** - O Comitê de Auditoria será composto por 3 (três) membros e se regerá, em todos os seus aspectos, pelo previsto na legislação do Conselho Nacional de Seguros Privados e da Superintendência de Seguros Privados.

**Parágrafo único** - Os membros do Comitê de Auditoria serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a sua reeleição na forma da legislação em vigor, e receberão, a título de remuneração, o estabelecido pelo Conselho de Administração.

#### **CAPÍTULO VI – DIRETORIA EXECUTIVA**

**ARTIGO 19** - A Diretoria Executiva é o órgão de representação da Companhia, a quem compete praticar todos os atos de gestão dos negócios sociais e será composta pelo Diretor Presidente e por 4 (quatro) Diretores sem designação específica, dentre eles um responsável pelos controles internos e que terá as atribuições da Lei nº 9.613/98, outro que será o responsável técnico e responsável pela prevenção de fraudes, outro que será responsável pelo relacionamento com a SUSEP e, dentre eles, ainda, um diretor responsável administrativo-financeiro, que também será responsável pelo acompanhamento, supervisão e cumprimento das normas e procedimentos de contabilidade, tudo conforme o que dispõe a regulamentação em vigor, com as demais atribuições estabelecidas pelo Conselho de Administração da Companhia

**Parágrafo Primeiro** – Os Diretores serão eleitos e destituíveis pelo Conselho de Administração, com mandato de até 1 (um ano), sendo permitida a reeleição.

**Parágrafo Segundo** – Na hipótese das ausências e impedimentos dos Diretores caberá ao Diretor-Presidente indicar, entre os demais Diretores, o substituto, sendo atribuição do Conselho de Administração tomar as medidas necessárias em caso de ausência

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 6 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9ADC88883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

16/7

temporária do Diretor-Presidente, bem como deliberar sobre o preenchimento da vaga em caso de vacância de qualquer um dos Diretores.



4896513

**ARTIGO 20** – Cabe aos integrantes da Diretoria Executiva, em conjunto, supervisionar e controlar todos os assuntos da Companhia, de acordo com as diretrizes e políticas determinadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral, competindo-lhe ainda:

- a) administrar os bens e serviços da Companhia;
- b) gerir as atividades da Companhia, obedecendo rigorosamente às diretrizes traçadas pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;
- c) zelar pelo fiel cumprimento do presente estatuto social;
- d) cumprir e fazer cumprir as deliberações do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- e) elaborar e apresentar anualmente, ao Conselho de Administração, relatório circunstanciado de suas atividades, balanço e prestação de contas do exercício findo, bem como a sua compatibilidade com o planejamento estratégico e orçamento plurianual da Companhia;
- f) preparar e submeter ao Conselho de Administração o orçamento anual e o plurianual e o planejamento estratégico da Companhia;
- g) elaborar e escriturar o balanço e os livros contábeis referentes às demonstrações do exercício findo, para oportuna manifestação do Conselho de Administração e da Assembleia Geral;
- h) autorizar a celebração de qualquer operação ou negócio relevante (contratos, acordos, alianças estratégicas, parcerias, convênios), bem como contratos financeiros, de aquisição, de venda, de constituição de ônus reais e locação dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- i) aprovar qualquer transação para pôr término a litígio dentro da alçada estabelecida pelo Conselho de Administração;
- j) admitir e dispensar o pessoal administrativo;
- h) representar a Companhia em juízo ou fora dele.

**ARTIGO 21** - Compete ao Diretor Presidente, além de coordenar a ação dos Diretores e de dirigir as atividades relacionadas com o planejamento geral da Companhia:

- a) convocar e presidir as reuniões da Diretoria Executiva;
- b) executar a política, as diretrizes e as atividades de administração da Companhia, conforme especificado pelo Conselho de Administração e pela Assembleia Geral;

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 7 de 10

Bernardo F. S. Barwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE9208295B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

12/3



4896514

c) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades da Companhia, através da apresentação mensal de balancete econômico-financeiro e patrimonial da Companhia;

d) manter o Conselho de Administração informado sobre as atividades do Seguro DPVAT e o andamento de suas operações;

e) propor um código de ética para a Companhia, consistente com o código de ética aprovado pelo órgão de representação sindical superior das empresas de seguro;

f) avaliar periodicamente o desempenho dos Diretores, informando a sua conclusão ao Conselho de Administração;

g) delegar para qualquer um dos Diretores a execução das atribuições que estejam dentro de sua alçada; e

i) exercer outras funções que lhe forem cometidas pelo Conselho de Administração.

**ARTIGO 22** – Como regra geral, a Companhia se obrigará validamente sempre que representada por:

a) dois Diretores;

b) qualquer Diretor em conjunto com um procurador;

c) dois procuradores com poderes especiais.

**Parágrafo Primeiro** – Na constituição de procuradores, observar-se-ão as seguintes regras:

a) todas as procurações serão outorgadas pelo Diretor Presidente, em conjunto com outro Diretor. Na ausência do Diretor-Presidente, as procurações serão outorgadas por dois Diretores em conjunto;

b) quando a procuração tiver por objeto a prática de atos que dependam de prévia autorização da Diretoria Executiva, a sua outorga ficará sujeita ao disposto no Parágrafo Segundo desta Cláusula.

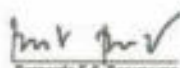
**Parágrafo Segundo** – O prazo de mandato contido nas procurações outorgadas pela Companhia não poderá exceder o prazo de mandato da Diretoria Executiva, exceto para as procurações judiciais, que terão o prazo correspondente à duração da respectiva ação judicial ou, se inaplicável, prazo indeterminado.

## **CAPÍTULO VIII - CONSELHO FISCAL**

**ARTIGO 23** – A Companhia terá um Conselho Fiscal cujos deveres, competências e responsabilidades serão os definidos em lei.

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 8 de 10

  
Bernardo F.S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9ADC86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE9208296B235403C7645C695  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016



4996515

**Parágrafo Primeiro** – O Conselho Fiscal é composto por, no mínimo, 3 (três) e, no máximo, 5 (cinco) membros efetivos e igual número de suplentes, eleitos pela Assembleia Geral.

**Parágrafo Segundo** – O Conselho Fiscal poderá reunir-se, sempre que necessário, mediante convocação de qualquer de seus membros, lavrando-se em ata suas deliberações.

## **CAPÍTULO IX – EXERCÍCIO SOCIAL, DEMONSTRAÇÕES FINANCEIRAS E LUCROS**

**ARTIGO 24** – O exercício social terá início em 1º de janeiro e término em 31 de dezembro de cada ano. Ao término de cada exercício social serão elaboradas as demonstrações financeiras previstas em lei.

**ARTIGO 25** – Em cada exercício, os acionistas terão direito a receber, a título de dividendos, um percentual do lucro líquido do exercício, obedecido o mínimo obrigatório de 25% sobre aquele lucro líquido, com os seguintes ajustes:

- a) o acréscimo das importâncias resultantes da reversão, no exercício, de reservas para contingências, anteriormente formadas;
- b) o decréscimo das importâncias destinadas, no exercício, à constituição da reserva legal e de reservas para contingências;
- c) sempre que o montante do dividendo mínimo obrigatório ultrapassar a parcela realizada do lucro líquido do exercício, a Diretoria Executiva poderá propor, e o Conselho de Administração e a Assembleia Geral aprovarem, destinar o excesso à constituição de reserva de lucros a realizar (artigo 197 da Lei nº 6.404/76, com a redação dada pela Lei nº 10.303/01).

**ARTIGO 26** – A Companhia poderá levantar balanços semestrais, trimestrais ou mensais, bem como declarar dividendos à conta de lucros apurados nesses balanços. A Companhia poderá ainda declarar dividendos intermediários à conta de lucros acumulados ou de reservas de lucros existentes no último balanço anual ou semestral.

**Parágrafo Único** – Os dividendos distribuídos nos termos deste artigo poderão ser imputados ao dividendo obrigatório.

**ARTIGO 27** – A Companhia poderá pagar ou creditar juros sobre o capital próprio.

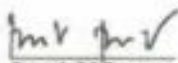
**Parágrafo Único** – A remuneração paga nos termos deste artigo poderá ser imputada ao dividendo obrigatório.

## **CAPÍTULO X - LIQUIDAÇÃO**

**ARTIGO 28** – A Companhia entrará em liquidação nos casos previstos em lei, observadas as disposições contidas no artigo 68 e seguintes do Decreto nº 60.459, de 13

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016

Página 9 de 10

  
Benedito F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163575185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 4BF9A0C86883B2947C61B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C895  
Arquivamento: 00002959803 - 11/10/2016

de março de 1967.

19/1/1



4996516

## XI – DISPOSIÇÕES GERAIS

**ARTIGO 29** - É vedado à Companhia conceder financiamento ou garantias de qualquer espécie a terceiros, sob qualquer modalidade, para negócios estranhos aos interesses sociais da Companhia.

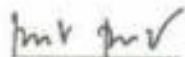
**ARTIGO 30** - A Companhia observará todos os acordos de acionistas registrados na forma do artigo 118 da Lei nº 6.404/76, cabendo à administração abster-se de registrar as transferências de ações contrárias aos seus respectivos termos e cabendo ao Presidente da Assembleia Geral ou do Conselho de Administração, abster-se de computar os votos proferidos com infração dos mencionados acordos de acionistas.

**ARTIGO 31** - A Companhia assegurará a seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais, presentes e passados, nos casos em que não houver incompatibilidade com os interesses da Companhia e na forma definida pela Diretoria Executiva a defesa em processos judiciais e administrativos contra eles instaurados pela prática de atos no exercício de cargo ou função na Companhia.

**Parágrafo Único** - Sem prejuízo para o disposto no caput, a Companhia manterá contrato de seguro de responsabilidade civil (seguro D&O) permanente em favor de seus administradores, dirigentes e conselheiros fiscais para resguardá-los de quaisquer atos ou fatos pelos quais eventualmente venham a ser responsabilizados, cobrindo todo o período de exercício de seus respectivos mandatos.

**ARTIGO 32** - Fica eleito o foro da Comarca do Rio de Janeiro, Estado do Rio de Janeiro, para dirimir todas as questões oriundas deste Estatuto Social com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja."

Anexo I à Ata das Assembleias Gerais Ordinária e Extraordinária da Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A., realizadas em 17 de março de 2016  
Página 10 de 10

  
Fernando F. S. Berwanger  
Secretário Geral

Junta Comercial do Estado do Rio de Janeiro  
Empresa: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A  
Nire: 33300284796  
Protocolo: 0020163578185 - 27/09/2016  
CERTIFICO O DEFERIMENTO EM 10/10/2016, E O REGISTRO SOB O NIRE E DATA ABAIXO.  
Autenticação: 48F9A0C86883B2947C81B477D79BCBA11812475AE92082968235403C7645C696  
Arquivamento: 00002958603 - 11/10/2016

## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração a **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, empresa com sede na Rua Senador Dantas nº 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, parte, Centro, Rio de Janeiro - RJ, CEP 20031-205, inscrita no CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, neste ato representada na forma de seu Estatuto Social, por seu Diretor Presidente, **JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**, brasileiro, casado, securitário, CPF/MF nº 186.088.769-49, RG 2.237.060, SSP-DF, e por seu Diretor Jurídico, **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, brasileiro, solteiro, advogado, CPF/MF nº 990.536.407-20 e OAB/RJ nº 71.709; nomeia e constitui seus bastantes procuradores, os advogados **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, brasileira, CPF/MF nº 082.587.197-26 e OAB/RJ nº 135.132; **THEREZINHA COIMBRA FRANÇA**, brasileira, CPF/MF nº 542.587.407-30 e OAB/RJ nº 62.420; **JORSON CARLOS SILVA DE OLIVEIRA**, brasileiro, CPF/MF nº 110.916.708-38 e OAB/SP nº 111.807; **ANA CAROLINA MARTINS GUIMARÃES DE SOUZA**, brasileira, CPF/MF nº 079.914.007-43 e OAB/RJ nº 111.545; **ANDRÉ SCHIESARI DE MIRANDA**, brasileiro, CPF/MF nº 012.941.857-99 e OAB/RJ nº 83.969; **FERNANDA JOSÉ DA SILVA FREIRE**, brasileira, CPF/MF nº 037.242.447-38 e OAB/RJ nº 161.160; **JULIO CEZAR DE AZEVEDO FARIA**, brasileiro, CPF/MF nº 532.246.397-68 e OAB/RJ nº 63.359; **LEILA MARCIA NOGUEIRA DA COSTA CAIRES**, brasileira, CPF/MF nº 034.062.507-42 e OAB/RJ nº 125.974; **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, brasileiro, CPF/MF nº 029.186.977-70 e OAB/RJ nº 113.674; **JULIANA DANTAS BORGES**, brasileira, CPF/MF nº 055.255.997-08 e OAB/RJ nº 135.435; **DANIELA FERREIRA MENDES DE OLIVEIRA CASTRO**, brasileira, CPF/MF nº 088.398.387-75 e OAB/RJ nº 135.731; **DAVID SANTOS DA CRUZ**, brasileiro, CPF/MF nº 115.998.867-66 e OAB/RJ nº 174.217; todos com endereço profissional à Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, CEP 20011-904, no Município do Rio de Janeiro - RJ, conferindo os poderes da cláusula *Ad Judicia et Extra* para atuar no foro em geral, em qualquer Juízo, Instância, Tribunal e Órgãos de Proteção e Defesa do Consumidor, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, atuar em processos físicos e eletrônicos, realizar cadastro e acessar sistemas digitais, nomear prepostos, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos ao fiel cumprimento do presente mandato, inclusive substabelecer no todo ou em parte, com reservas de poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante, autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1769-8, Conta nº 644000-2, em nome de SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016, tendo prazo de validade indeterminado.

Rio de Janeiro, 05 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES**  
DIRETOR PRESIDENTE

  
**HÉLIO BITTON RODRIGUES**  
DIRETOR

|                                                                                                                                   |                                                                                                                         |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>17º</b>  <b>Ofício de Notas</b><br>DA CAPITAL | <b>Tableteiro: Carlos Alberto Figueira Oliveira</b><br>Rua do Carmo, 47 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - Tel: 2107-0001 | <b>ADB28690</b><br><b>088674</b> |
| Reconheço por <b>ALTEMENTO</b> as firmas de: <b>HELIO BITTON RODRIGUES</b> e                                                      |                                                                                                                         |                                  |
| <b>JOSÉ ISMAR ALVES TÔRRES</b> (00000524453)                                                                                      |                                                                                                                         |                                  |
| Rio de Janeiro, 08 de fevereiro de 2018.                                                                                          |                                                                                                                         |                                  |
| Em testemunho da verdade.                                                                                                         |                                                                                                                         |                                  |
| Conf. por: <b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b> - Aut.                                                                              |                                                                                                                         |                                  |
| Serventia: <b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b>                                                                                     |                                                                                                                         |                                  |
| Tribuna: <b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b>                                                                                       |                                                                                                                         |                                  |
| Total: <b>Paula Cristina A. D. Gaspar</b>                                                                                         |                                                                                                                         |                                  |
| CARTÓRIO 17º OFÍCIO DE NOTAS RJ                                                                                                   |                                                                                                                         |                                  |
| Paula Cristina A. D. Gaspar                                                                                                       |                                                                                                                         |                                  |
| 1 3.90 Escrivão                                                                                                                   |                                                                                                                         |                                  |
| 1 12786-40062 série 05077 ME                                                                                                      |                                                                                                                         |                                  |
| Aut. 20.5.3º Lei 8.986/94                                                                                                         |                                                                                                                         |                                  |

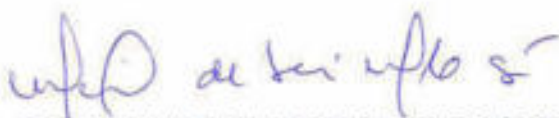
Consulte em <https://www3.tirri.jus.br/sitepublico>

### SUBSTABELECIMENTO

Na qualidade de procurador das Seguradoras: **AIG SEGUROS BRASIL S/A**; **ALFA PREVIDÊNCIA E VIDA S/A**; **ALFA SEGURADORA S/A**; **ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A**; **AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS**; **ANGELUS SEGUROS S/A**; **ARGO SEGUROS BRASIL S/A**; **ARUANA SEGUROS S.A.**; **ASSURANT SEGURADORA S.A**; **ATLÂNTICA CIA DE SEGUROS**; **AUSTRAL SEGURADORA S/A**; **AXA CORPORATE SOLUTIONS SEGUROS S.A**; **AXA SEGUROS S/A**; **AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS**; **BANESTES SEGUROS S/A**; **BMG SEGUROS S/A**; **BRDESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS**; **BRASIL VEÍCULOS CIA. DE SEGUROS**; **BTG PACTUAL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CAIXA SEGURADORA S/A**; **CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CARDIF DO BRASIL SEGUROS E GARANTIAS S/A**; **CARDIF DO BRASIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **CESCEBRASIL SEGUROS DE GARANTIAS E CRÉDITOS S/A**; **CHUBB SEGUROS BRASIL S/A**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA**; **CIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL**; **CIA DE SEGUROS PREVIDÊNCIA DO SUL**; **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**; **COMPREV SEGURADORA S/A**; **COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **DAYPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **ESSOR SEGUROS S/A**; **FAIRFAX BRASIL SEGUROS CORPORATIVOS S/A**; **FATOR SEGURADORA S/A**; **GAZIN SEGUROS S.A.**; **GENERALI BRASIL SEGUROS S/A**; **GENTE SEGURADORA S/A**; **ICATU SEGUROS S/A**; **INVESTPREV SEGURADORA S/A**; **INVESTPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S/A**; **J. MALUCELLI SEGURADORA S/A**; **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**; **MAPFRE VIDA S/A**; **MBM SEGURADORA S/A**; **MG SEGUROS VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **MITSUMI SUMITOMO SEGUROS S/A**; **MONGERAL AEGON SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **OMINT SEGUROS S/A**; **PAN SEGUROS S/A**; **PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS**; **PORTO SEGURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **POTENCIAL SEGURADORA S/A**; **PREVIMAX PREVIDÊNCIA PRIVADA E SEGURADORA S/A**; **PREVIMIL VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **RIO GRANDE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; **SABEMI SEGURADORA S/A**; **SAFRA SEGUROS GERAIS S/A**; **SAFRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**; **SANCOR SEGUROS DO BRASIL S/A**; **SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS**; **SOMPO SEGUROS S/A**; **STARR INTERNATIONAL BRASIL SEGURADORA S.A.**; **SUHAÍ SEGUROS S/A**; **SWISS RE CORPORATE SOLUTIONS BRASIL S/A**; **TOKIO MARINE SEGURADORA S/A**; **TRAVELERS SEGUROS BRASIL S/A**; **UNIÃO SEGURADORA S/A – VIDA E PREVIDÊNCIA**; **USEBENS SEGUROS S/A**; **VANGUARDA CIA DE SEGUROS GERAIS**; **XL SEGUROS BRASIL S/A**; **ZURICH SANTANDER BRASIL SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**; doravante denominada Outorgante, conforme instrumento de mandato nº 107.

anexo, substabeleço, com reserva de iguais, nas pessoas dos **Drs. CARLOS EDUARDO DE SOUZA CABRAL**, brasileiro, casado, OAB/RJ 189.997; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, OAB/RJ 152.629; **JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, OAB/RJ 134.307; **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, casado, OAB/RJ 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, OAB/RJ 140.522; **RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO MENEZES**, brasileira, casada, OAB/RJ 185.681; **TODOS INTEGRANTES DA SOCIEDADE DE ADVOGADOS DENOMINADA JOÃO BARBOSA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RJ sob o nº 32.203/2005, com escritório situado na Rua São José, número 90, oitavo andar, CEP: 20010-901 Tel.: (21) 3265-5600, os poderes que me foram conferidos para a plena defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, ficando, desde já, **VEDADO receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento, em nome de qualquer pessoa física**, devendo todo e qualquer levantamento, judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S/A**, CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, nos estritos ditames da Portaria SUSEP nº 34, de 02/08/2016.

Rio de Janeiro, 25 de setembro de 2018.



**MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**

**OAB/RJ 135.132**

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](http://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](http://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**

Carta nº 11979792



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**

Carta nº 11979792



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](http://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](http://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](http://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**

Carta nº 13320207

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 01988888888-66 /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](http://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 1875-5

☐ 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

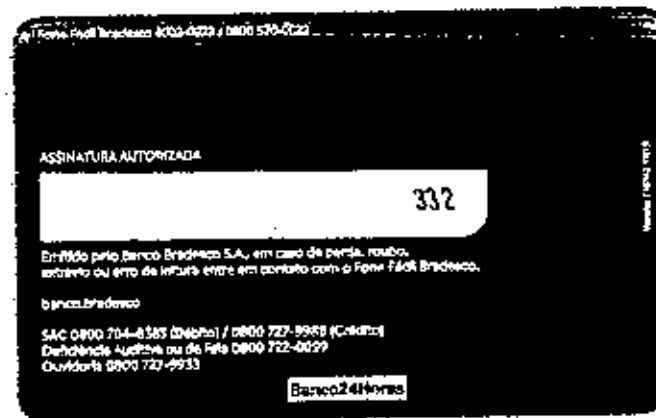
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Camila 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



5090004480173105 332 31-03-2022 17:22 029933 1/1



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, Rosimede 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](http://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)

Rosimede 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SISDPVAT - CÍP DPVAT - 12-MR-2018 10:30 548624



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

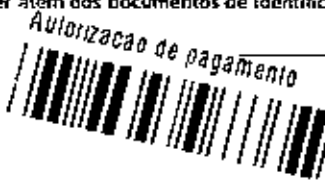
Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

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](http://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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0275204.

# 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:  
☐ 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) ☐ 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: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Marcio dos Santos Reis  
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](http://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.



BR 011071

CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO S.A.  
ALESSANDRA V. A. SANTOS  
PRAÇA ANTONIO CARLOS MAGALHÃES, 50  
TERMINAL MET-ISO 00027213 DATA 11/01/2019  
COMPANHIA DE CREDITO  
UNIAO CORRENTES  
DATA: 11/01/2019 HORA DE EMISSÃO: 11:28  
NÚMERO: 0000000000000000  
NOME: CAMILA DOS SANTOS REIS  
TIPO: CREDITO  
VALOR: R\$ 100,00  
VALOR DEBÍTO: R\$ 100,00  
VALOR CREDITO: R\$ 100,00  
VALOR DEBÍTO: R\$ 100,00  
VALOR CREDITO: R\$ 100,00  
VALOR DEBÍTO: R\$ 100,00  
VALOR CREDITO: R\$ 100,00

BR 011071

BR 011071



# 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 101, s/n, P.O. de Gen. ... Número: 1685 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Zona Rural Cidade: Terintópolis 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).

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1605 5 CONTA: 0023035 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_ Autorização de pagamento

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 (ou 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 (val 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](http://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 ۱۳۴۳

١٣٠

1605 5 0023035 9

422

2010年12月24日

[illegible]

100

particular



**Dorset Club  
International**

Page 15 of 25

**DISC VER**





Seguradora Líder - DPVAT

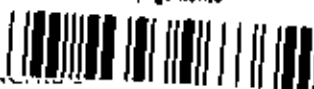
## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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 000000000-00000000, PROFISSÃO TRP. Laboratório  
 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 Vinícius 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](http://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](http://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 - FRANSCIVAL CARDOSO DE JESUS

|                                                         |                                           |
|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| PROJETO CORREIOS - DOCUMENTO NÃO CONFORME               |                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/>                     | BO em cópia simples                       |
| <input type="checkbox"/>                                | Comprovante de despesas médicas em cópias |
| <input type="checkbox"/>                                | Certidão de Óbito em cópia simples        |
| <input type="checkbox"/>                                | 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 BIAO ONDE DEU ENTRADA ÀS 21HS:29; QUE MARCIO LIMA REIS, PERMANECEU INTERNADO NO HOSPITAL DANTAS BIAO 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: 2º 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: 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

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: 2ªCRPN 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

Jobson Lucas Marques

Delegado de Polícia Civil  
203730444

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 autenticada em 08/08/17



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. Dê-se Vendo  
somente com selo de autenticidade e digitalização  
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: 2ª CRPN R REAL-BO-17-01541

Data: 18/10/2017 às 10:18h

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

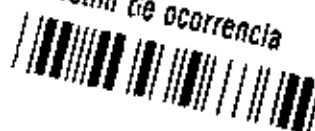
Delegado: 203730444 - JOBSON LUCAS MARQUES

### Responsável Pelo Registro

Unidade: 2ª COORPIN - RIO REAL

Servidor: 203507605 - FRANCIVAL CARDOSO DE JESUS

Boletim de ocorrência



### 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 Ba.  
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

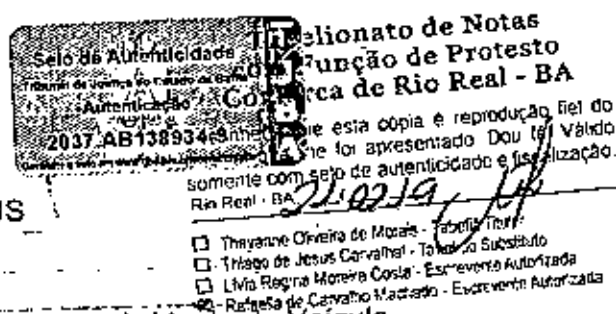
## Boletim de Ocorrência

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, 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: \_\_\_\_\_

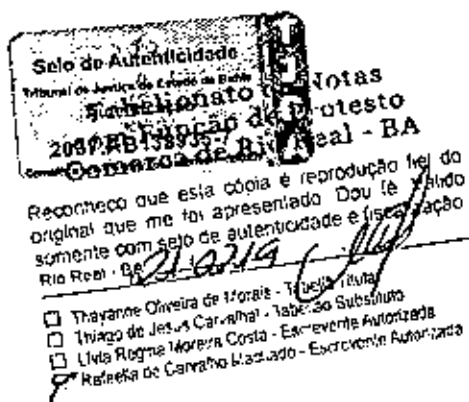
JOBSON LUCAS MARQUES

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

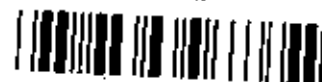


Selo de Autenticidade  
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia  
Ato Notarial ou de Registro  
2036.AB024332-4  
EM7D4SJA8Q  
Consulte:  
www.tjba.jus.br/autenticidade

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 Bahia  
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<br>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.

Reconheço que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé.

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

Thayanne Oliveira de Moraes - Oficial Titular  
Tribunal de Justiça do Estado de Bahia - Tabelião Substituto  
Juiz de Paz e Promotor Público - Escrevente Autógrafo  
2ª Vara de Família e Sucessões - Escrevente Autógrafo

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

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**



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 9M1 30,77  
UNICA REPER. AQS: CONTRA(S) 05/09 0,55  
JUEGO DE VORA - CONTRA(S) 05/09 0,16

30,77

0,55

0,16

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 - (**)          | 0047                  | 0047       | 0047            |

Água fluorada com teor máximo permitido de até 1,5mg/L de flúor.

Sinalização dos parâmetros de qualidade da água

Cor: ocorre devido a partículas dissolvidas na água;

Turbidez: ocorre devido 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.

Unidades de Consumo - UG (Apartamentos residenciais) 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.

Tarifa RES-0001

TOTAL A PAGAR EM R\$

31,48

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

ESGOTO (% Água) VL Total

RESIDENCIAL 1 UNIDADE

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

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

| INFORMAÇÕES DE CONTRIBUIÇÃO | BASE DE CÁLCULO R\$ |        | VALORES R\$ |      |
|-----------------------------|---------------------|--------|-------------|------|
|                             | PIS                 | COFINS |             |      |
|                             | 31,32               |        | 1,130       | 0,36 |
|                             |                     |        | 5,480       | 1,71 |



Companhia Sul Brasileira de Eletricidade  
Rua Capitão Galvão, 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**

**VENCIMENTO DESTA REVISÃO**

08/01/2018  
O não pagamento dos débitos em aberto no prazo de vencimento desta revisão sujeita esta unidade consumidora a suspensão do fornecimento de energia elétrica conforme art. 172 da resolução normativa n. 414/2010 da Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL.

**RIBUTOS**

| Base de cálculo(R\$) | Alíquota(%) | Valor(R\$) |
|----------------------|-------------|------------|
| Excluído ICMS        | 78,87       | 25         |
| PIS/PASEP            | 78,87       | 0,78       |
| COFINS               | 78,87       | 3,50       |

**DADOS TÉCNICOS**

|                         |            |
|-------------------------|------------|
| Inst. transformadora... | 103D042    |
| 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 ATE 1.478C.4210.76F2

Res Anel 2007/2018 Parcela 1, vigência 01/12/2017

**MENSAGEM**

NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Sul Brasileira de Eletricidade





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

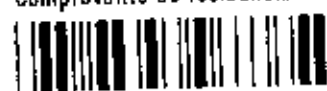
0800-284-9909

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 - 81220-000 - 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 Faturamento: 12/2017  
Linha de Faturação: 12012/2017/12001  
Linha anterior: 2111/2017/12001  
Próxima fatura: 18/01/2018  
Consumo Médio (kWh): 96  
Consumo Médio (kWh): 96  
Dias de Consumo: 30  
Consumo de Mês: 1,00  
Média kWh/dia: 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  | 06/02/17  |           |

#### IDENTIFICAÇÃO

Nº de Fatura / Série: 00.098.130 / B  
03.051.671.000000 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 0,03575 = |        | 3,48       |
| 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 |
| 10/2017 | 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: 016438  
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   | 11,58      | 23,16 |
|                        |                     | 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 02/09/2017, 02/09/2017

MENSAGEM

SEMPRE NO LÍNEA DE F

17-09-2018 10:30 548525 1/1



NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia do Saneamento de Curitiba



Companhia Sul Sergipana de Eletricidade  
Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE  
CEP: 49200-000 CNPJ: 12.255.958/0001-88  
www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

UC / DV

101058 / 1

MARIA DAS GRAÇAS JESUS DOS SANTOS

ROD BR CRIST P/T DO GERU, 1885,  
ROD CRISTINÓPOLIS P/T DO GERU - Cristinápolis/SE - 48.279-000 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<br>CNPJ/CPF: 044.048.495-24<br>Grupo/Subgrupo: B - B1 Ligação Monofásica<br>Classe: RESIDENCIAL - BAIXA RENDA - HIS 16606739490<br>TSEE criada pela lei nº 10.438 de 26/04/2007<br>Tensão de Fornecimento (V): 127<br>Limites adequados de Tensão (V): 117 a 133<br>LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME ANEXO I DO MODULO 8 DO PRODIST<br>CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 101058 | Emissão: 19/12/2018<br>Mês/Ano Faturamento: 12/2018<br>Lectura atual: (19/12/2018) 6067<br>Lectura anterior: (20/11/2018) 6005<br>Próxima leitura: 18/01/2019<br>Consumo Médio (kWh): 62<br>Consumo Diário (kWh): 2,13<br>Dias de Consumo: 29<br>Ocorrência do Mês: Lido<br>Módulo kWh últimos 12 meses: 78 |

| HISTÓRICO DE CONSUMO - kWh               | IDENTIFICAÇÃO                         |
|------------------------------------------|---------------------------------------|
| Mês/Ano Consumo Dias Pagamento Valor R\$ | Nota Fiscal / Série 60 858 050 / B    |
| 12/2018 62 Lido Em aberto 20,09          | 03 051 6201804954 24                  |
| 11/2018 74 Lido Em aberto 30,67          | Local de Entrega: 1                   |
| 10/2018 77 Lido Em aberto 78,14          | COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$            |
| 09/2018 73 Lido 22/10/18                 | (Art. 31, resolução 166/2005 - ANEEL) |
| 08/2018 79 Lido 04/09/18                 | Energia: 34,20% 6,71                  |
| 07/2018 81 Lido 08/08/18                 | Distribuição: 26,30% 5,16             |
| 06/2018 67 Lido 22/10/18                 | Transmissão: 7,30% 1,43               |
| 05/2018 85 Lido 26/06/18                 | Energias Setoriais: 7,40% 1,45        |
| 04/2018 80 Lido 20/05/18                 | Tributos: 24,80% 4,87                 |
| 03/2018 84 Lido 25/04/18                 | Outros: 0,40                          |
| 02/2018 90 Lido 27/03/18                 | TOTAL: 20,09                          |
| 01/2018 63 Lido 15/02/18                 |                                       |
| 12/2017 57 Lido 10/01/18                 |                                       |

| ITENS FATURADOS                         | REAVISO DE FATURA VENCIDA                                                                      |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Descrição Qtd. Vl. Unit. Valor(R\$)     | Informamos que até o momento não registramos o pagamento do(s) débito(s) relacionado(s) abaixo |
| CONSUMO 30 x 0,71633 = 6,54             |                                                                                                |
| CONSUMO 32 x 0,37430 = 11,97            |                                                                                                |
| ADIC. BANDA AMARELA 21 x 0,00429 = 0,09 |                                                                                                |
| PIS 0,18                                | MÊS/ANO VALOR                                                                                  |
| COFINS 0,85                             | 11/2018 R\$ 30,67                                                                              |
|                                         | 10/2018 R\$ 28,14                                                                              |

Comprovante de residência

Cópiamos d  
CIP- Prefeitura municipal



TOTAL A PAGAR R\$ 20,09

| TRIBUTOS                | Base de cálculo(R\$) | Alíquota(%) | Valor(R\$) | DADOS TÉCNICOS                |
|-------------------------|----------------------|-------------|------------|-------------------------------|
| Incluído no valor total |                      |             |            | Inst. transformadora: 1030042 |
| ICMS                    | 0,00                 | ISENTO      | 0,00       | Número do medidor: 4774767    |
| PIS/PASEP               | 18,54                | 0,94        | 0,18       | Fator de multiplicação: 1,000 |
| COFINS                  | 18,54                | 4,34        | 0,85       | Tipo de ligação: Monofásico   |

| INDICADORES DE CONTINUIDADE                                                                                                                                                          |                  |                 |            |       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------|------------|-------|
| Consumo TOMAR DO GERU                                                                                                                                                                | Período: 10/2018 | MENSAL          | TRIMESTRAL | ANUAL |
| EUSD: 18,63                                                                                                                                                                          |                  | META DIC: 11,58 | 23,19      | 46,38 |
| O consumidor tem o direito de solicitar a distribuição e a atualização dos indicadores O, C, F, C, D, M, A, C e D, C, C, F, e a qualquer tempo.                                      |                  | AFUP DIC: 0,00  | 0,00       | 0,00  |
| O consumidor tem direito de receber uma compensação caso sejam violados os limites de continuidade individuais e/ou os limites de continuidade para a população mensal, tr, e anual. |                  | META FIC: 7,74  | 15,45      | 30,95 |
|                                                                                                                                                                                      |                  | AFUP FIC: 0,00  | 0,00       | 0,00  |
|                                                                                                                                                                                      |                  | META DMC: 6,38  |            |       |
|                                                                                                                                                                                      |                  | AFUP DMC: 0,00  |            |       |

RESERVADO AO FISCO 2F45 8C1B 91F4 3C4D 3F33 9AB4 3530 062C  
Res.Ancp(2395188)andPclena2.mgncn(1/10/2018)

MENSAGEM

Serviço Técnico 21,50

A conta normal de consumo seria R\$ 40,10, porém tem um desconto da Tarifa Social de R\$ 21,50, resultando a ser pago R\$ 18,60, que com os demais valores atípicos discriminados totaliza R\$ 20,09



NOTA FISCAL / FATURA ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Sul Sergipana de Eletricidade  
Rua Capitão Salomão, 314-Centro Estância/SE

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 81 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua MARCOS ANTONIO DOS SANTOS</u> |
| Número                            | <u>14</u>                            |
| Apto/Complemento                  | <u>482</u>                           |
| Bairro                            | <u>Bu. B. V.</u>                     |
| Cidade                            | <u>Aracaju</u>                       |
| Estado                            | <u>SE</u>                            |
| CEP                               | <u>49091-090</u>                     |
| Tel. de contato                   | <u>(79) 499957633</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

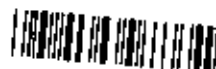
FATURA MENSAL \*

060381.3

|                                                     |                 |                            |                           |
|-----------------------------------------------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|
| Nome do Cliente                                     |                 | CPF                        |                           |
| DANTAS PLACIDO DA CONCEICAO                         |                 | ***-**-****                |                           |
| Endereço                                            |                 |                            |                           |
| RUA NARDEL ANDRE DOS SANTOS, 14, ARACAJU, 49091-090 |                 |                            |                           |
| Identificação do Serviço                            | Data de Emissão | Medição                    | Classificação / Faturação |
| 021007/00021                                        | 14/03/2019      | A15N262639                 | RES: 2                    |
| Leit. Anterior                                      |                 | 991                        |                           |
| Leit. Atual                                         |                 | 1015                       |                           |
| Consumo Faturado (m³)                               |                 | 24                         |                           |
| Média de consumo (m³)                               |                 | 25                         |                           |
| Ocorrência da Leitura                               |                 | 12/02/19                   |                           |
| Data da Leit. Anterior                              |                 | 30                         |                           |
| Dias de Consumo                                     |                 | 0,83                       |                           |
| Média diária (m³)                                   |                 | 13/04/19                   |                           |
| Previsão para Próx. Leit.                           |                 | 13/04/19                   |                           |
| INFORMACOES COMPLEMENTARES                          |                 | HISTORICO DE CONSUMO       |                           |
|                                                     |                 | REF. (m³)                  |                           |
|                                                     |                 | 02/19 00024                |                           |
|                                                     |                 | 01/19 00028                |                           |
|                                                     |                 | 12/18 00030                |                           |
|                                                     |                 | 11/18 00028                |                           |
|                                                     |                 | 10/18 00020                |                           |
|                                                     |                 | 09/18 00024                |                           |
|                                                     |                 | PREVISAO DE TRIBUTOS (R\$) |                           |
|                                                     |                 | COFINS: 6.30 PASEP: 1.80   |                           |

|                                                                                                                                                                   |                        |     |       |        |                   |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----|-------|--------|-------------------|---------------|
| Serviços                                                                                                                                                          | Valor                  |     |       |        |                   |               |
| AGUA                                                                                                                                                              | 109,24                 |     |       |        |                   |               |
| ESGOTO                                                                                                                                                            | 0,00                   |     |       |        |                   |               |
| TOTAL A PAGAR                                                                                                                                                     |                        |     |       |        |                   |               |
| 03/2019                                                                                                                                                           | VENCIMENTO: 21/03/2019 |     |       |        |                   |               |
| TOTAL A PAGAR 109,24                                                                                                                                              |                        |     |       |        |                   |               |
| "REAJUSTE TARIFARIO E DE SERVICOS APROVADO E PUBLICADO NO DIARIO OFICIAL EM 31/01/2019 DE 5,89%, A SER APLICADO NAS FATURAS EMITIDAS 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 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 (☒) 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.                                                 |                    |                       |                                  |

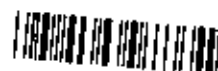
DADOS DE TESTEMUNHAS

| 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>Morça 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: ☐ DAVIS (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 ROIS**  
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:**  
☒ RECUSO 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 descendência (filhos)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

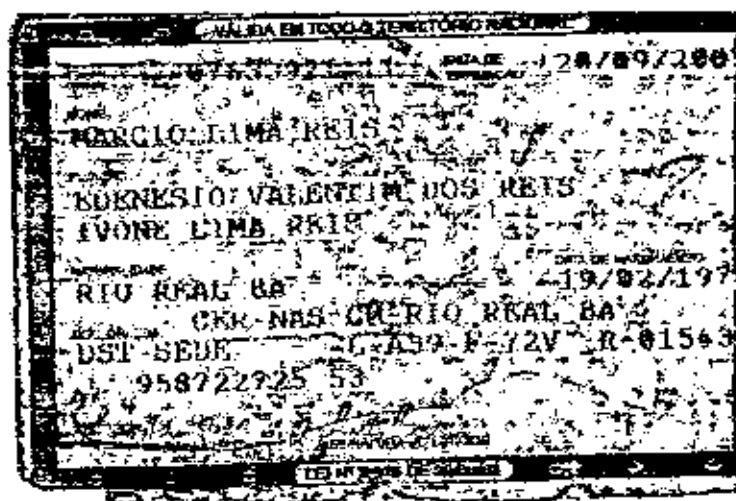
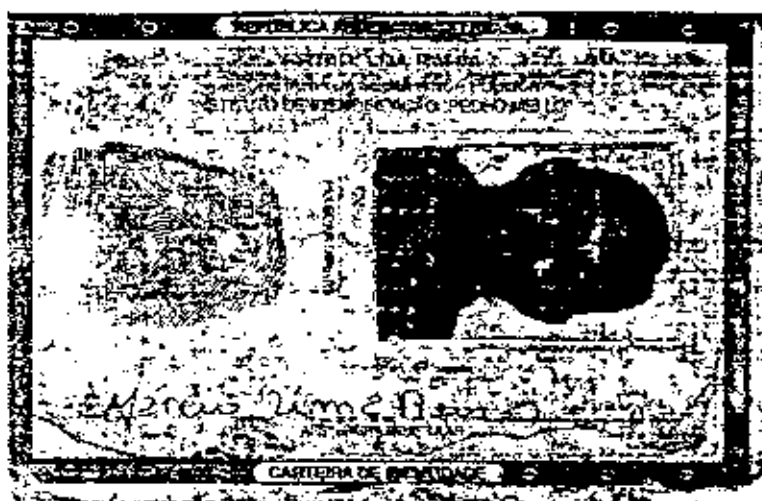
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além 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 ANTONIO DO SANTOS**  
CPF: **945.948.365-34**  
**Janete Antonio do 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 do Rio de Janeiro

Autenticação

Tabulação de 1977  
2037 AB09/098-1  
COM LITIGAS DA  
Causa nº 1940/77 de J. J. J. J. J.

Reconheço que esta cópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado. Dou fé e assino  
com este selo de autenticação e incutirei o  
Rio Real BA

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

Documentos de identificação



3838000 LIDER 09007 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

1115 DE 2005

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**

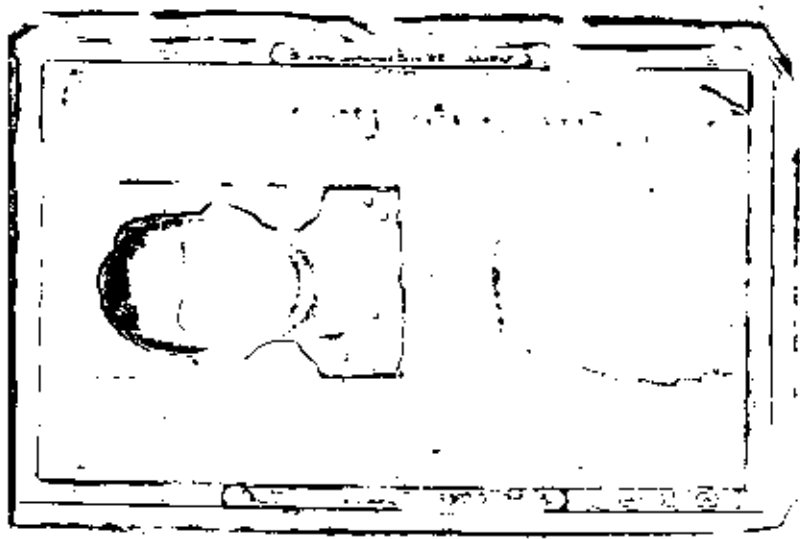
Nascimento  
**08/02/2015**

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Documentos de identificação



SERIALIZADO LIBER PRONT DE 31-05-2017 17:21 329952 1/1



Documentos de identificação



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
20/09/2000

PROTO LICA REIS

FERNESIO GUANHEIR LIMA REIS  
LIMA LICA REIS

RIO REAL BA 19/03/1970

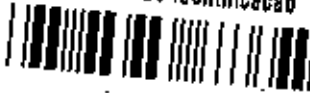
CPF: 040.640.600-00

DST-BA 0.457.872-4 015433

950.000.000

SEMPRE EM LÍNEA DE 12-MAR-2018 18:38 548623 14

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA ESTADUAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MENDES



ROSEMEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTÃO DE IDENTIDADE

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



*Rosineide Jesus dos Santos*

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

COORDENADORIA ESTADUAL DE PERÍCIAS

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DE CARLOS MENDES



ROSEMEIDE JESUS DOS SANTOS

CARTÃO DE IDENTIDADE

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



*Rosineide Jesus dos Santos*

CARTÃO DE IDENTIDADE

CAIXA Loterias

TERMINAL: 362-709519272-4

28/07/2017

LOT: 22.025084-9

LOCALIDADE: CRISTINAPOLIS

AG. VINCULADA: 4874

COMPROVANTE DE ABERTURA DE PBLP CAIXA FÁCIL

NOME: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS

AGÊNCIA: 4874

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.015.274-8

DATA DA ABERTURA: 28/12/2017

LOTÉRIAS-CAIXA

362-709519272-4

1ª VIA

CAIXA Loterias

SERVIÇO DE LÍDER ARQUIT LT 12-08-2018 18:20 548626 1/1

[illegible]

11A: sorteios de segunda-feira a sábado. Av  
 362-709519272-4  
 28/02/2017 HORA DE 14:51:40  
 LOT: 22.025004-9 TERM. 05988  
 LOCALIDADE: CRISTINAPOLIS  
 AG. VINCULADA: 4874 CONTROLE: 352108330  
 COMPROVANTE DE ABERTURA DE PDUP CAIXA FACIL  
 NOME: ROSINEIDE JESUS DOS SANTOS  
 AGENCIA: 4874  
 OPERAÇÃO: 013  
 CONTA-DV: 000.000.015.224-8  
 DATA DA ABERTURA: 28/12/2017  
 LOTERIAS CAIXA  
 362-709519272-4  
 11 VIA

5280000000 2 4100 19407 15 12-18-2018 10:30 540526 17

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

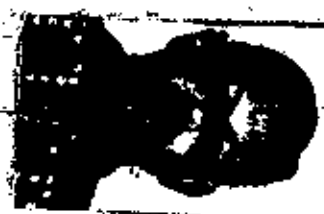
L-A39 P-72V

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  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA DA DEFESA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO DE PESSOAS

2054-5

PROIBIDO PLASTIFICAR

*Camila dos Santos Reis*

420-011001 - CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODAS AS PARTES DO BRASIL

50.106.729-2 DATA DE EMISSÃO 20/OUT/2006

CAMILA DOS SANTOS REIS

MARCIO LIMA REIS

E MARIA DAS VIRGENS DOS SANTOS

RIO REAL - BA DATA DE VALIDADE 10/NOV/1996

RIO REAL - BA

RIO REAL

CN: LV.A056/FLS.028V/N.035243

01-A-6-6

45. Deterado. Divisorio

LEI Nº 116 DE 2006

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

SULGIPE

Real Capital Saneamento, S14-Centro Estímulo/SE

CEP: 46200-000 CNPJ: 18.258.858.0001-68

www.sulgipe.com.br

0800-284-9909

FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA

INCZDV

81355/9

MARIA DAS VIRGENS DOS SANTOS

R. BRASÍLIA, 275, RESIDENCIA  
RIO REAL - Rio Real/BA - 46.330-000

Medidor: 1E74376-18

| Mês de Referência | Consumo | Valor | Vencimento | Valor |
|-------------------|---------|-------|------------|-------|
| 11/2018           | 107     | 107   | 11/12/2018 | 58,45 |

| DADOS CADASTRAIS                                                            |         | DADOS DE FATURAMENTO |       |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------|----------------------|-------|
| Tipo de Conexão                                                             | Unidade | Valor                | Valor |
| CHUFE 005 176 275-18                                                        | 107     | Valor                | Valor |
| Grupo/Subgrupo B - B11 Ligação Monofase                                     |         | Valor                | Valor |
| Classe RESIDENCIAL - BAIAXENIA-115 2622755518                               |         | Valor                | Valor |
| TSEE criada pela Lei nº 10.438 de 2004/2002                                 |         | Valor                | Valor |
| Tensão de Fornecimento (V) 220                                              |         | Valor                | Valor |
| Limites adequados de Tensão (V) 202 a 231                                   |         | Valor                | Valor |
| LIMITES DAS TENSÕES DE FORNECIMENTO CONFORME ANEXO I DO MODULO B DO PRODIST |         | Valor                | Valor |
| CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 081355                                       |         | Valor                | Valor |

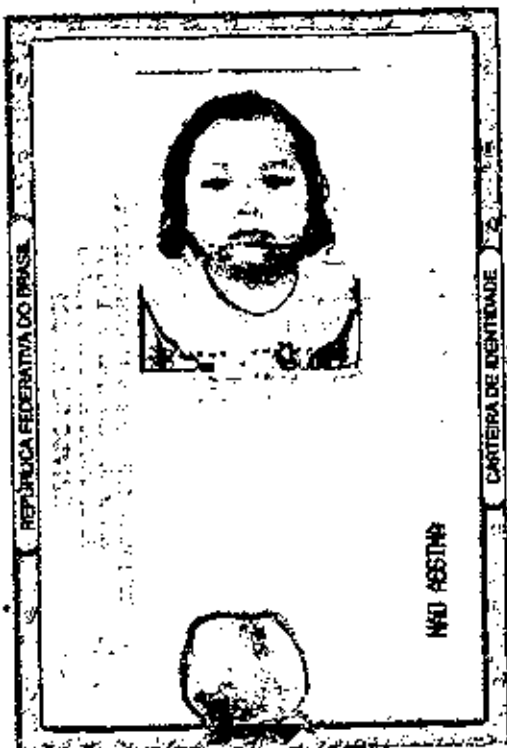
| HISTÓRICO DE CONSUMO |         | IDENTIFICAÇÃO |       |
|----------------------|---------|---------------|-------|
| Mês                  | Consumo | Valor         | Valor |
| 11/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 10/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 09/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 08/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 07/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 06/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 05/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 04/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 03/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 02/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 01/2018              | 107     | Valor         | Valor |
| 12/2017              | 107     | Valor         | Valor |

| COMPOSIÇÃO DA FATURA - R\$ |       |
|----------------------------|-------|
| Item                       | Valor |
| Exercício                  | 18,53 |
| Distribuição               | 14,25 |
| Transmissão                | 3,20  |
| Encargos Setoriais         | 4,01  |
| Taxas                      | 13,46 |
| Outros                     | 4,25  |
| Total                      | 58,45 |

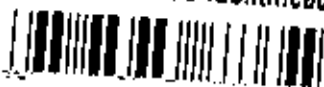
  

| REAVISO DE FATURA VENCIDA |       |
|---------------------------|-------|
| Item                      | Valor |
| Exercício                 | 18,53 |
| Distribuição              | 14,25 |
| Transmissão               | 3,20  |
| Encargos Setoriais        | 4,01  |
| Taxas                     | 13,46 |
| Outros                    | 4,25  |
| Total                     | 58,45 |



|                                     |                   |
|-------------------------------------|-------------------|
| VALDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                   |
| REQUINTO GERAL                      | 4.008.977-0       |
| DATA DE EMISSÃO                     | 01/11/2017        |
| NOME                                | MAYSA SANTOS REIS |
| PAIS                                | BRAZIL            |
| RESIDENTE                           | JESUS DOS SANTOS  |
| INSCRIÇÃO                           | 08/02/2015        |
| ESTADO                              | ESPIRITO SANTO    |
| CIT. NASCIMENTO                     | 11/02/2015        |
| CPF                                 | 085.135.965-58    |
| DATA DE NASCIMENTO                  | 08/02/2015        |
| ASSINATURA DO DETENTOR              |                   |
| LEI Nº 7.116 DE 1966                |                   |

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



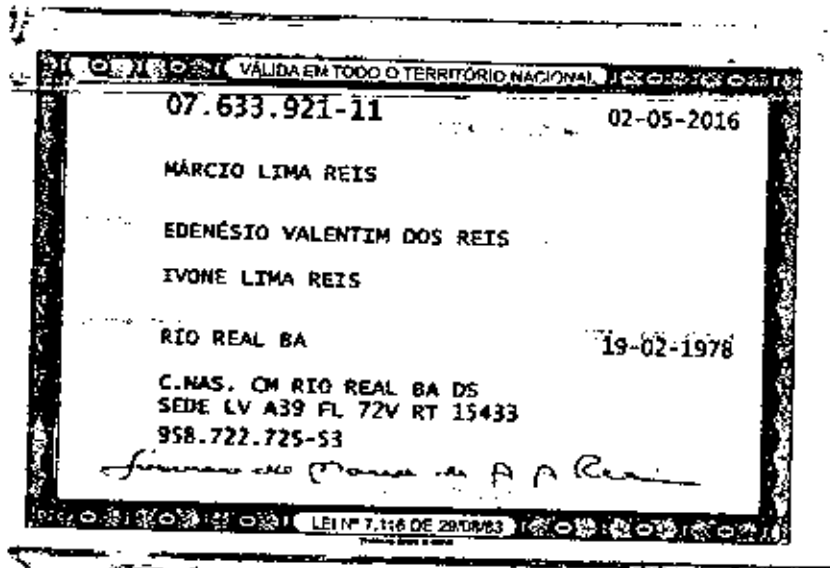
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número  
**085.135.965-58**

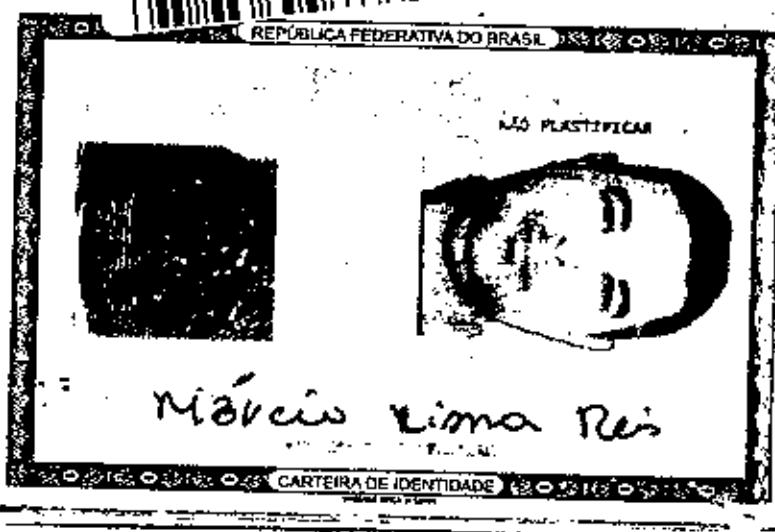
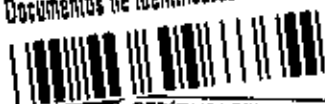
Nome  
**MAYSA SANTOS REIS**

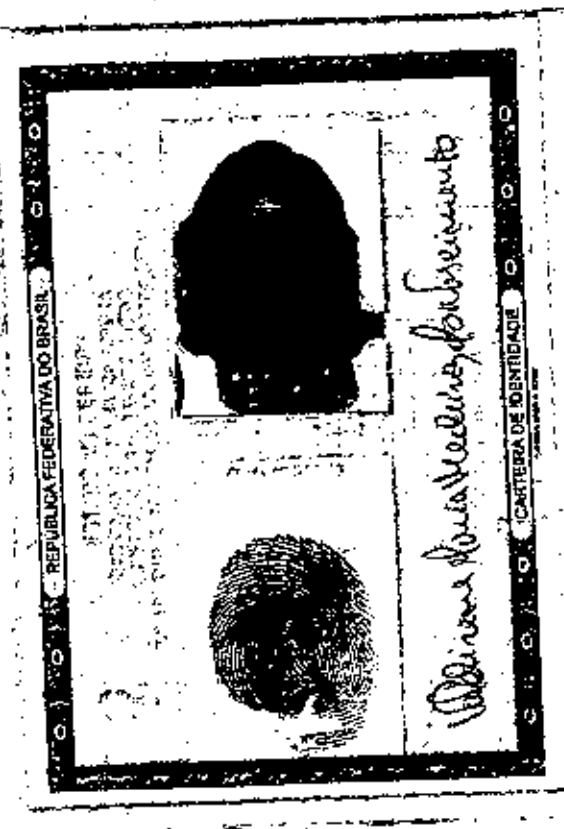
Nascimento  
**08/02/2015**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**



Documentos de Identificação





Documentos de Identificação



|                                        |            |
|----------------------------------------|------------|
| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL   |            |
| REGISTRO GERAL                         | 883.187    |
| DATA DE EMISSÃO                        | 13/03/2012 |
| VALDIRENE MARIA MEIRELES DO NASCIMENTO |            |
| RELIGIÃO                               |            |
| DANTÃO PLACIDO DA CONCEIÇÃO            |            |
| VALDEIA BRUNO DA CONCEIÇÃO             |            |
| NATURALIDADE                           |            |
| PALMEIRA DES INDIGES-AL                |            |
| DATA DE NASCIMENTO                     | 11/11/1969 |
| CT. NASCIMENTO NR 8381 LV              |            |
| CT. 11 DE DIST. COM. DE ARCA           |            |
| 078.866.765-72                         |            |
| LEI Nº 7.118 DE 20/09/93               |            |

## 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](http://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

COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Jonice Maria Reis

DATA DO ACIDENTE 20.10.17 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 938.922.923-53

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](http://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 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)

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

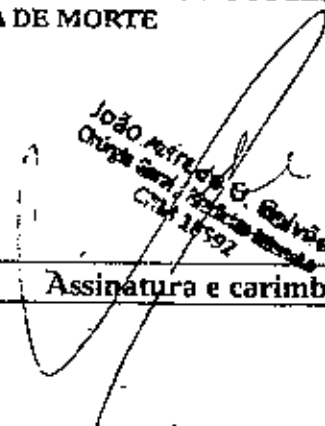
- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
  - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
  - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
  - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através 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:

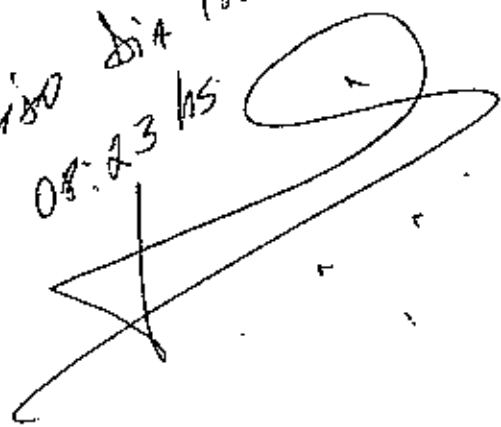
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Matheus Roberto Correia Reis  
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 048.858.923-60  
 E-mail matheus.reis@redmail.com Tel: 99988-9642  
 Data 20.10.2017 Assinatura Matheus Reis

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>SUS-BA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>SISTEMA UNIFICADO DE SAUDE</b> |
| <b>UNIDADE DE ORIGEM</b><br>Hospital Regional Dantas Bião                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                   |
| <b>UNIDADE PARA REFERENCIA</b><br>Instituto Médico Legal                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |
| <b>NOME: MARCIO LIMA REIS</b><br><b>SEXO: MASCULINO IDADE: 39a</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                   |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                   |
| <p><b>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</b></p> <p>Alagoinhas, 17/10/17</p> <p style="text-align: right;"> <br/> <b>João Pereira de Sá</b><br/>         Cirurgião Geralista<br/>         CRM 14592<br/>         Assinatura e carimbo       </p> |                                   |

Recebido dia 18.10.17  
 AS 08:23 HS  


SECRETARIA DE SAÚDE Nº 31-011-2017 17/12 329956 1/1

## 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](http://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

VITIMA

Porto Alegre, RS

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](http://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/hospitalares 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/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)

- ☒ 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) ALBERTO DE PAULA CORREIA

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 Tel. ( )

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) MENEIA DOS CORREIOL

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](http://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

LIDER

p.

243

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](http://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)

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 miliviana@seio.com.br Tel. 99988-9544  
 Data 16.08.2018 Assinatura Norma de Oliveira

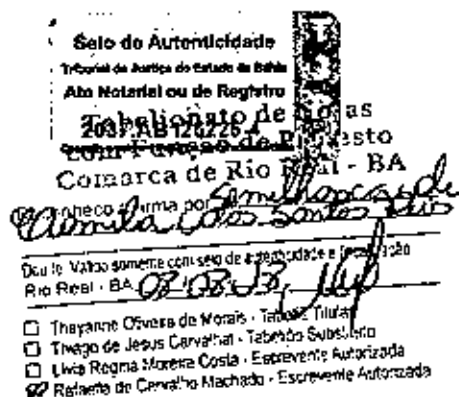
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Atendimento ao Cliente - Lider  
 Atendimento Atendimento ao Cliente - Lider Matrícula 9.0617771  
 Data: 16.08.2018 Assinatura Atendimento ao Cliente - Lider

## 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



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](mailto: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](mailto: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](mailto:arthur.froes@seguradoralider.com.br)  
Tel.: 55 21 3861-4286



[www.seguradoralider.com.br](http://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](http://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](mailto:francisco.trotte@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4050



[www.seguradoralider.com.br](http://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

Outros



## 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

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](http://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](mailto:francisco.trotte@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4050



[www.seguradoralider.com.br](http://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](http://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<br>JESUS DOS<br>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](http://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](http://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
- ☐ Comprovantes 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.: 19-9-96863874

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 Enrique Sider Ferreira Matrícula 672/9/198

Data 12/06/19 Assinatura [Assinatura]

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

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

*Francilda M. de Oliveira Junior*

Scanned by CamScanner

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

15-08-2014

JANETE ANDRADE DE JESUS

ASSINATURA EM TINTA

NÃO PLASTIFICAR

*Janete Andrade de Jesus*

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

**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

### 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](http://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

**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

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](http://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](http://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 : 22

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 OBITO : 17/10/2017

RAMO ATIVIDADE : 2 COMERCÍARIOS

FILIAÇÃO : 8 CONTRIBUINTE INDIV

OUTRA ATIV : 0

ESTÁ EM GOZO DE BENEFÍCIO : ( N )

RELACAO DE DEPENDENTES

| NOME                         | ESTADO CIVIL | VINCULO         | DATA NASCIMENTO | INVALIDO ? | INCAPAZ ? |
|------------------------------|--------------|-----------------|-----------------|------------|-----------|
| VALDIRENE MARIA X NASCIMENTO | SOLTEIRO     | COMPANHEIRO (A) | 11/11/1949      | X          | N         |

Prova de companheirismo



TITULAR

VALDIRENE MARIA NEDEIROS DO NASCIMENTO

DATA NASC :

SEXO : F

NACIONALIDADE :

MUNICÍPIO :

CPF :

IDENTIDADE :

N.I.T. :

CTPS/SERIE :

PROGRAMA

MICRO REGISTRO : 220005

ORGÃO PARADOR :

ORGÃO 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 :

MATRICULA : 1530470

ASSINATURA :

LOCAL E DATA :

ASSINATURA :

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente Termo de Responsabilidade declaro estar ciente de que a ocorrência de obito 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



**Poder Judiciário  
Do Estado de Sergipe**

**VARA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO DA COMARCA DE ARACAJU**  
**Av. Pres. Tancredo Neves, Bairro Capucho, Aracaju/SE, CEP 49080470**  
**Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

**PROCESSO:**

202040600026

**DATA:**

12/07/2023

**MOVIMENTO:**

Certidão

**DESCRIÇÃO:**

Contestação retro tempestiva.

**LOCALIZAÇÃO:**

Secretaria

**PUBLICAÇÃO:**

Não