



LACERDA SANTANA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

John Wendermon Bezerra de Lima brasileiro, solteiro, menor
os autos postados do RG nº 4.680.195 - 55DS/PB, inscrito no CPF
nº 715.840.774-84, nest. ato, representado por sua
genitora e Sra. Jiane de Lima Gomes da Silva, brasileira, sol-
teira, 23 anos, portadora do RG nº 3.931.236 - 2ª r.o - 55DS/PB, inscrita no
CPF nº 060.681.524-48, ambos residentes e domiciliados no Rua São Pedro,
Nº 3019, Mandacaru, João Pessoa/PB.

OUTORGADA: MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada,
inscrita na OAB/PB 11.662-B, **LUIZ SANTANA DE LIMA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito
na OAB/PB sob o nº 14.301-B, **LARISSA MARIA LACERDA SANTANA**, brasileira, solteira, inscrita
na OAB-PB sob o nº 23.625 **RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN**, brasileiro, solteiro,
advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 14.903, **EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO**,
brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 16.105, , com endereço profissional
na Av. Dom. Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, telefone (83) 3241.6957.

PODERES: Os da Cláusula "AD JUDICIA ET EXTRA" perante qualquer juízo, instância ou
Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do (a)
outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de
economia mista, etc., conferindo-lhes ainda poderes especiais para: confessar, desistir,
transigir, firmar acordos, receber importâncias e valores, emitir e endossar cheques, receber e
dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, receber citação, intimação, notificação,
etc., renunciar direitos, fazer cessão de direitos e arrolamentos, fazendo declarações, assinando
termos, fazer habilitação de crédito em inventário, contraditar testemunhas, arguir suspeições
criminais, revogar procurações, atuar como defensor ou assistente em ações trabalhistas,
previdenciárias, comerciais, tributárias, cíveis, propor queixa crime (ação penal privada),
impetrar Mandado de Segurança, apelar, atuar como defensor em notificação de infração ou
imposição de penalidade de trânsito, substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem
prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes dos parágrafos 1º, 2º, 3º e 4º
do Art. 85 do Novo Código de Processo Civil Pátrio), enfim, praticar todos os atos previstos no
art. 105 do Novo Código de Processo Civil e art. 5º, §2, da Lei 8.906, de 04/07/94 (Estatuto da
Advocacia e da Ordem dos Advogados do Brasil).

João Pessoa, 16 de Fevereiro de 2018.



Jiane de Lima Gomes da Silva

OUTORGANTE

(83) 3241.6957

Av. Dom Pedro II, 705 • Centro • CEP 58013-420 • João Pessoa - PB
Rua Orcine Fernandes, 63 • sala 110 • Mel Shopping • Sapé - PB





11/09/2017



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
715.840.774-84

Nome
JOHN WENDERSON BEZERRA DE LIMA

Nascimento
11/08/2009

CÓDIGO DE CONTROLE
17B3.1E00.5LD0.D8FD



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:34:32 do dia 11/09/2017 (hora e data de Brasília)
código verificador: 10
VÁLIDO SOMENTE COM DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SERVIÇO REGISTRAL "PEREIRA LIMA"
12.º REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
COMARCA DE JOÃO PESSOA
Av. Josefa Taveira, Vila Cristo Rei, nº 04, Mangabeira
João Pessoa - Paraíba
CEP 58056-000 - Fone: (083) 3238-6588
Maria Valdileze Pereira Lima (Titular)
Substituto: José Vieira da Silva

Certidão de Nascimento nº. 26.498

Certifico que as fls. 201, do livro A-54, foi feito o Assento de:

JOHN WENDERSON BEZERRA DE LIMA

Nascido (a) no dia **onze de Agosto de dois mil e nove (11-08-2009)**, às 10:43 horas, no Instituto Cândida Vargas, nesta Capital, em João Pessoa - PB, do sexo masculino, conforme Declaração de Nascido Vivo nº. 30-50448498-4.

Filho(a) de: **John Lennon Bezerra da Silva e Jeane de Lima Gomes da Silva.**

São Avós Paternos: **José Roberto Raimundo da Silva e Joseane Bezerra Feitosa.**

E Avós Maternos: **Adailton Gomes da Silva e Maria das Graças da Silva Lima.**

Foi declarante o Pai do(a) registrado(a)

Observações: Assento feito nos termos da Lei 6.015 de 31 de Dezembro de 1973.

Foram dispensas as testemunhas, de acordo com a Lei nº 9.997 de 17 de Agosto de 2000.

O referido é verdade, dou fé.
João Pessoa - PB, 30 de Outubro de 2009.

Al Josefa Rodrigues Cabral
CARTÓRIO DISTRITAL MANGABEIRA
Registro: Nascimento, Casamento e Óbito
Maria Valdileze Pereira de Lima
Titular
José Vieira da Silva
Substituto
R. João Pessoa, S/N João Pessoa/PB tel. 3238-6588

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

661697





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Joane de Lima Gomes da Silva,

RG nº 3.131.236, data de expedição 18/10/14, Órgão SP/PB,

CPF nº 060.689.524-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua São Pedro</u>
Número	<u>9014</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Mondocaru</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58027-185</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98855-7584</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa PB 29/12/17

Assinatura do Declarante: Joane de Lima Gomes da Silva



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH	DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO	HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 675, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SERIE	UF	DATA DE EMISSÃO
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

06

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....	CPF.....
COCORFOL.....	CPF.....
ENDEREÇO.....	CEP.....
MUNICÍPIO.....	UF.....
ESP. DO ESTABELECIMENTO.....	CEP.....
CARGO.....	CEP.....
DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....	
REGRISTRO Nº.....	
REABILITAÇÃO ESPECIFICADA.....	
DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....	
COM. DISPENSA CD Nº.....	
FGTS Nº DA CONTA.....	

07





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

AZEVEDO BASTOS SERVIÇO REGISTRAL

FUNDADO EM 1888

PRIMEIRO REGISTRO CIVIL DE NASCIMENTOS, ÓBITOS E PRIVATIVO DE CASAMENTOS,
INTERDIÇÕES E TUTELAS DA COMARCA DE JOÃO PESSOA

Av. Presidente Epitácio Pessoa, 1145 - Bairro dos Estados - CEP 58030-000 - João Pessoa - Paraíba

Tel.: +55 (83) 3244.5404 - Fax: +55 (83) 3244.5484

http://www.azevedobastos.not.br *** E-mail: cartorio@azevedobastos.not.br

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

**** John Lennon Bezerra da Silva, nascido em 18.11.1989 ****

MATRÍCULA:

060870 01 55 2014 4 00024 050 0004450-37

SEXO

MASCULINO

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

SOLTEIRO - 24 ANOS DE IDADE

NATURALIDADE

JOÃO PESSOA-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG 3541438 SSDSPB

ELEITOR

SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

José Roberto Raimundo da Silva e Joseane Bezerra Feitosa ***

RESIDENTE NA RUA JOSÉ BETHANIO, 150, MANDACARÚ, JOÃO PESSOA, PB ***

DATA E HORA DO FALECIMENTO

SEIS DE OUTUBRO DE DOIS MIL E QUATORZE - ÀS 19:10 H

DIA

06

MÊS

10

ANO

2014

LOCAL DE FALECIMENTO

NO HOSPITAL DE EMERG. E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, DESTA CAPITAL ***

CAUSA DA MORTE

A ESCLARECER ***

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO(MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

Público no Bairro Cristo desta Capital

DECLARANTE

ALISSON BEZERRA ROQUE **

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dra. LUCIANA CAVALCANTE TRINDADE, CRM-5151 ***

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

O falecido era solteiro registrado no Cartório de Registro Civil Lima Gomes, desta Capital, lavrado à fls. 496 do Livro A-3 sob nº 2.296, portador da RG 3541438 SSDSPB, CPF: 094.830.414-94, era eleitor, não deixou bens, deixou 01 filho, RG nº 20142915-4 RADA MARIS. **

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

João Pessoa, 07 de outubro de 2014

MARIA JOSÉ DA COSTA
ESCREVENTE AUTORIZADA

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 788496

A



Assinado eletronicamente por: maria lucideide de lacerda santana - 20/02/2018 16:11:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18022016075164300000012360780

Número do documento: 18022016075164300000012360780



Comissão de Registro Civil
"Linha Gêmea"
Cadastrado em 1978
Pais: D.
Gestora:
Jornalista Gêise

222

406

da

REG-02-000

João Roberto Brito de Silva

ପ୍ରକାଶନ: ପ୍ରକାଶନ

James M. Thompson

2010年10月10日

[illegible]

— 194 —

Figure 6

gov. Lorenzo Pittore

of the following:

is testimony from a 1960s version of the machine

Accountant's Office, 122 + 123rd St. N.E., Wash. D.C. 20003

referido é verdade e dou fé.

02 Dec 1950 (12)

de 19 23

"I, the General"

... Linda Gomez

[Faint handwritten notes at the bottom of the page]

OFICIAL DO REGISTRO



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predis põem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

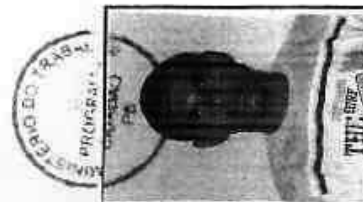
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Para a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 48899 Série 00032 Ph

Assinatura do Portador

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome John Lennon Bezerra da Silva
Loc. Nasc. João Pessoa PB Data 18-11-1989
Filiação José Roberto Bezerra da Silva
Doc. Nº 123456789 Data 11-11-1989
130 Cardoso Pessoa PB
ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 22/08/2007 DRT João Pessoa PB

ETIQUETA DE IDENTIDADE
Mat. 94 956-6

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.



CONTRATO DE TRABALHO

01275.877.0001-58

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

01275.877.0001-58

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua Nº
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de a / /

Assinatura do empregador

Gozou férias relativas ao período de a / /

Assinatura do empregador

FGTS — Fundo de Garantia do Tempo de Serviço
(Lei nº 5.107/66, regulamentada pelo Dec. nº 59.820/66)

OPÇÃO RETRATAÇÃO

OPÇÃO 03.12.108 / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário C.E.T.

Agência Sargolamir

Praça 14000 Estado RJ

Empresa Sargolamir

Carimbo e assinatura do empregador

OPÇÃO RETRATAÇÃO

OPÇÃO 03.12.110 / /
Dia Mês Ano Dia Mês Ano

Banco depositário C.E.T.

Agência Sargolamir

Praça 14000 Estado RJ

Empresa Sargolamir

Carimbo e assinatura do empregador

Assinatura do empregador

Carimbo e assinatura do empregador

Assinatura do empregador



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO



INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOHN LENON BEZERRA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO 08/08/71
NOME DA MÃE JOSEFA BEZERRA FEITOSA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETEM DE ENTRADA N.º 785.552
PRONTUÁRIO N.º 83.617
DATA DO ATENDIMENTO 04/10/14
HORA DO ATENDIMENTO 18:42H
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S) POLITRAUMATISMO
CID 10 V23 + T06.8 (S06.8 + S20.2 + S27.1 + S82.4.1) + I63.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COLISÃO VEÍCULO X MOTO, SOCORRIDO PELO SAMU, COM RELATO DE PERDA TRANSITÓRIA DE CONSCIÊNCIA, COM LESÃO EM REGIÃO EM CRÂNIO + FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA + FERIMENTO EXTENSO EM PERNA ESQUERDA + DOR EM HEMITÓRAX ESQUERDO. AVALIADO POR NCR NA URGÊNCIA CONSTATANDO SE TCE LEVE/MODERADO NA ENTRADA. GLASGOW 13. ALCOOLIZADO (SIC)

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC DE CRÂNIO + COLUMNA CERVICAL
USG DE ABDOMEN TOTAL FAST.
RX DE COLUMNA CERVICAL
RX DE TÓRAX
RX DA BACIA
RX DE 1/3 DISTAL DE PERNA ESQUERDA
EXAMES LABORATORIAIS.

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA PARA CORREÇÃO DE FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA, VISUALIZANDO-SE CONTUSÃO ABRASIVA DO NERVO TIBIAL, SEM TRANSSECÇÃO + SECÇÃO TRAUMÁTICA DA VEIA TIBIAL POSTERIOR (OPERADO POR DR. GERSON + MILTON) + CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA DIREITA POR AVCI (ACM) PÓS-TCE (OPERADO POR DR. ALÉCIO BARCELOS + DR. GUSTAVO PATRIOTA) + TORACOSTOMIA + DRENAGEM TORÁCICA ESQUERDA (OPERADO POR DR. PETRÚCIO SARMENTO). PACIENTE EVOLUIU COM PCR, EFETUADA MANOBRAS DE RCP SEM SUCESSO.

ÓBITO: 08/10/14 ÀS 19:40H
DATA DA EMISSÃO: 16/12/2014

Dr. Joacile Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL
Praça Firmino da Silveira, S/N, Varadouro – CEP. 58.010-170 – Fone. (83) 3218-5334



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 2365/2015

Aos vinte e um dias do mês de julho do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo escrivão de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 17:05h, compareceu o (a) Senhor (a): **JEANE DE LIMA GOMES DA SILVA**, brasileira, natural de João Pessoa/PB, solteira, com 20 anos de idade, Do lar, Alfabetizada, filha de Adailton Gomes da Silva e de Maria das Graças da Silva de Lima, RG. 3.131.236-SSP/PB, residente na Rua São Pedro, nº 9014, Mandacaru, nesta capital, o (a) qual notificou o seguinte: QUE, no dia 04/10/14, por volta das 16:00h, **JOHN LENON BEZERRA DA SILVA**, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 24 anos de idade, Alfabetizada, filho de José Roberto Raimundo da Silva e de Joseane Bezerra Feitosa, RG. 3.541.438-SSP/PB, foi vítima de acidente automobilístico, fato ocorrido na Avenida Santa Catarina, próximo ao Cemitério, Bairro dos Estados, nesta cidade de João Pessoa/PB, sendo este conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos; QUE, diz a notificante que no dia 06/10/14, por volta das 19:10h, **JOHN LENON BEZERRA DA SILVA** veio a óbito naquele nosocômio, sendo sua causa "morte a esclarecer"; QUE, para a lavratura da presente ocorrência policial, foi apresentado nesta Delegacia Especializada laudo médico fornecido pelo Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e declaração de óbito de nº **21162915-4**, na qual consta como "causa morte a esclarecer". Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 21 de julho de 2015.

Jeane de Lima Gomes da Silva
Notificante *Silva*

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Matr. 100.000.000

Escrivão





SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



SAMU
192
REGIONAL JOÃO PESSOA

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 711/095, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 468674, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOHN LENON BEZERRA DA SILVA** idade 24 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 04/10/2014, na Rua Capitão Francisco Moura, Bairro: Treze de Maio - João Pessoa - aproximadamente às 16:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 05 de Dezembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/IS nº 18171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB

Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125





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 John Emerson Bezerra da Silva, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 04/10/14, faleceu em 06/10/14, 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>John Emerson Bezerra da Silva</u>	<u>Filho</u>	<u>4680 195</u>	<u>715.840.774-84</u>
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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

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

John Emerson Bezerra da Silva
LOCAL E DATA

John Emerson Bezerra da Silva
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>John Emerson Bezerra da Silva</u>	<u>3791236</u>	<u>060.631.504-8</u>	<u>John Emerson Bezerra da Silva</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Roberto da Silva de Brito</u>	<u>363636</u>	<u>094.238.314</u>	<u>Roberto da Silva de Brito</u>
2. <u>Roberto da Silva de Brito</u>	<u>316.734.7</u>	<u>079.237.557-5</u>	<u>Roberto da Silva de Brito</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).





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

094.630.414-94

João Lennon Gomes da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
João Lennon Gomes da Silva	060.681.521-48	
Endereço	Número	Complemento
Rua São Pedro, 9014	9014	
Bairro	Cidade	Estado
Montebelo	João Pessoa	
E-mail	CEP	Telefone (DDD)
	58027-195	33855-7524/33

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADÉSCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V
1010	013	00035432	4
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA NRO	D/V
		(Informar dígito se existir)	

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

João Lennon/B, 29 de dezembro de 2017

Local e Data

João Lennon/B, 29 de dezembro de 2017

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE-001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 20/02/2018 16:11:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18022016101075600000012360843>

Número do documento: 18022016101075600000012360843



(1)

Buscar no site

A
COMPANHIASEGURO
DPVATPONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE DADOS E
ESTATÍSTICASSALA DE
IMPRENSATRABALHE
CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180031608 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOHN LENON BEZERRA DA SILVA

COBERTURA Morte

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOHN WENDERSON BEZERRA DE LIMA

CPF/CNPJ: 71584077484

Posição em 02-02-2018 13:59:45

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
Boletim de ocorrência	Vítima	Não Conforme	
Certidão de óbito	Vítima	Não Conforme	
Outros	Vítima	Não Conforme	

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

www.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/2



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 20/02/2018 16:11:07

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18022016101075600000012360843

Número do documento: 18022016101075600000012360843



Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JEANE DE LIMA GOMES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180031608**

Vítima: **JOHN LENON BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **04/10/2014**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180031608**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Certidão de óbito autenticado

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER 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.

Carta nº 12262291



Nº do Processo: 0811542-72.2018.8.15.2001
 Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM (7)
 Assuntos: [ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRÂNSITO]
 AUTOR: JOHN WENDERSON BEZERRA DE LIMA
 RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A