
Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190274412

Vítima: ADEMAR OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 26/02/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAS DORES SANTIAGO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 0126403/39 CPF da vítima: 830.034.848-69 Nome completo da vítima: Ademir Oliveira Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Marina das Dores Santiago CPF: 840.400.884-00
Profissão: Informante Endereço: Rua Vidal de Negreiros Número: 165 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Jacanaú Estado: PB CEP: 59278000
E-mail: Abraao@q-mue.com Tel.(DDD): 93991929028

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 9002 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☒ Viúvo Data do óbito da vítima: 26/02/2017
Grau de Parentesco com a vítima: companheiro Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Marina das Dores Santiago
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 5 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Jacanaú, 12/04/2017
Nome: Marina das Dores Santiago
CPF: 840.400.884-00
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Marina das Dores Santiago
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Debete Sanches L. Souza Dias
CPF: 067.545.849-90
Debete Sanches Sanches Souza Dias
Assinatura
2ª Nome: BRUNA MARTINS REIS COSTA
CPF: 054.273.524-54
Bruna Martins Reis Costa
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 01/2019

Ocorrência nº. 072/2019

Aos 01 dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALVANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) PAULO AUGUSTO F ANDRADE, às 14h:51min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

MARIA DAS DORES SANTIAGO, conhecido por , Identidade nº 1.360.102 2- VIA-SSP/PB, CPF nº 840.100.884-00, nacionalidade brasileiro(a), estado civil: VIÚVA, profissão: AGRICULTORA, filho(a) de GERALDO FELIPE SANTIAGO E MARIA BATISTA SANTIAGO, natural de JACARAÚ/PB, nascido(a) em 30/01/1970, do sexo FEMININO, residente e domiciliado(a) no(a) RUA VIDAL DE NEGREIROS nº 165, bairro CENTRO – JACARAÚ/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)-98645-1985.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 26 de 02 de 2017;
- 3) HORÁRIO: 16h:30min;
- 4) LOCAL: SÍTIO FORMOSA nº s/n, bairro ZONA RURAL – JACARAÚ/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: HOSPITAL DE TRAUMA DE JOÃO PESSOA;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO SABE INFORMAR;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? VEÍCULO QUADRICÍCULO - NOTICIANTE NÃO SOUBE INFORMAR

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

QUADRICÍCULO: HONDA/TRX 420 F M, NIV: 9C2TE4300ER004296 , ano/modelo: 2014/2014, placa: Não possui , cor VERMELHA, licenciado em nome de: MARCOS AURÉLIO DA SILVA

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

NÃO HOUVE

8) BREVE RESUMO DO FATO:

A NOTICANTE INFORMOU QUE O SEU MARIDO DE NOME ADEMAR OLIVEIRA SILVA POSSUIA UM VEÍCULO ESPECIFICADO ACIMA; QUE NO DIA 26/02/2017 QUANDO TRAFEGAVA COM SEU VEÍCULO NO SÍTIO FORMOSA PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO SOFREU UM CAPOTAMENTO; QUE FOI SOCORRIDO E LEVADO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA HUMBERTO LUCENA; QUE NÃO RESISTIU AOS FERIMENTOS VINDO A ÓBITO.

9) OBSERVAÇÕES:

NÃO HOUVE.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

Maria das Dores Santiago

MARIA DAS DORES SANTIAGO

Comunicante

Paulo Augusto F. Andrade
Escrivão/Agente Mat nº 182004-4



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME: ADEMAR OLIVEIRA SILVA

MATRÍCULA:

0688820155 2017 4 00136 039 0035729 12



SEXO: masculino
COR: PARDA
ESTADO CIVIL E IDADE: viúvo, 63 anos

NATURALIDADE/UF: Calçara-PB
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: CPF nº. 830.034.878-68

ELEITOR:
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO):
SEVERINO PEDRO DA SILVA e MARIA OLIVEIRA SILVA. Residência (não) SÍTIO NOGUEIRA, S/N, ZONA RURAL, no município de Calçara-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO: vinte e seis de fevereiro de dois mil e dezessete - 19:10
LOCAL DO FALECIMENTO: DIA 26 MÊS 02 ANO 2017

CAUSA DA MORTE: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA no município de João Pessoa-PB

HEMORRAGIA AGUDA DEVIDO A LESÃO DE ULO PULMONAR ESQUERDO E TROMBOEMBOLISMO CRÂNIOENCEFÁLICO (ACIDENTE)

NOME DO MÉDICO / CRM: DR. RAYSSA DANTAS DE AZEVEDO ALMEIDA - CRM: 7058
LOCAL DO SEPULTAMENTO: CEMITÉRIO MUNICIPAL DE GRAVATÁ-PB no município de João Pessoa-

DECLARANTE: WAGNER DE MATOS SILVA, brasileiro, solteiro, com 34 anos de idade, COMERCIANTE, residente e domiciliado: RUA APARECIDO EUZÉBIO DE SOUZA, ANTIGO 10 ATUAL 50, PARQUE JANDALÁ, Carapicuíba-SP, natural de Osasco-SP

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES: Registro lavrado em 06/03/2017, no Livro C-00136, Nº 35729, folha 39. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 239767870. O FALECIDO ERA AGRICULTOR, ERA ELEITOR, DEIXOU BENS, DEIXOU FILHOS, CONFORME LIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE

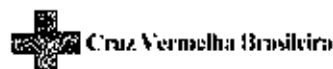
NOME DO OFÍCIO: 7º SERVIÇO REGISTRAL GOMES DE SOUZA
OFICIAL REGISTRADOR: Irene Gomes de Souza
MUNICÍPIO/UF: João Pessoa-PB

ENDERECO: R. Renaldo dos Santos, Ldt. 15 Lot. U3 Bairro 3 (Incorporas 7 e 8) - CEP 58011315 Fone: (83) 3221-6832 E-mail: irene.tratador@ntrmail.com
Selo Digital: ABY42415-YRBG
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

Cartório de Registro de Imóveis e Cartório de Registro de Pessoas Naturais
R. União da Luz, 152 - Bairro PB
Cartório de Registro de Pessoas Naturais

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, QUALQUER ADULTERAÇÃO OU FALSIFICAÇÃO INVALIDA ESTE DOCUMENTO

João Pessoa-PB
Serviço Registral
Gomes de Souza



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - CNES: 1112234 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 983697



Identificação do paciente				
ID 1144643	Nome ADEMAR OLIVEIRA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 29/12/1953	Idade 65 anos 3 meses 10 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA OLIVEIRA SILVA	Pai SEVERINO PEDRO DA SILVA			
Escolaridade		Responsável (Parentesco) MARIA DAS DORES SANTIAGO - ESPOSO(A)		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986451985	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento	Número documento	Nº Cns 898003214671377		
Local de procedência JACARAÚ	Tipo MUNICÍPIO		UF PB	
Email	Naturalidade CAICARA	CBO/R		
Endereço				
CEP	Município de residência	UF	Logradouro	
Número SN	Complemento	Bairro		
Admissão				
Data e Hora 26/02/2017 17:58:24	Número da pulseira 1000005624613	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Velo de ambulância Não	Trauma Não	
Modo de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA x mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				CID Tempo 01min

Imprimir :

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAS DORES SANTIAGO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000000009002-6

Nr. da Autenticação 47AEB538DEA48CF9

83630000001-2 12930054000-9 06218582019-8 02400029019-7

RS 112.93

12/02/2019

ALPACAS

MENTAL

[illegible]

Indicadores de Qualidade	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
--------------------------	------------------	---------	----------------------

026d b3e3 416a 0b36 2b1c 0625 abd1 5c7c

[illegible]

Historico de Consumo (kWh)

RS 112.93

12/02/2019

CO Códigos de Classificação do Item	TOTAL	112.80	89.26	25.17	80.26	0.82	4.25
-------------------------------------	-------	--------	-------	-------	-------	------	------

[illegible]

Canal de contato

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev / 2019	05/02/2019	07/03/2019	040.100.894-00

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0796
Acesse: www.energisa.com.br

Associação de Estudos em Engenharia de Software - ASES
Cidade de São Paulo, São Paulo, Brasil

[illegible]

JACARAYU / PB CEP: 58278-000 (v)
Emissão: 05/07/2018 Assinatura: Fv / 2018
EMPRESA PARANAENSE DE ENERGIA SA

MANGA DAS DONS SANTIAGO
RUA VILA DE MARCOS, 15, CENTRO
PORTO ALEGRE, RS, BRASIL

© 2004 Blackwell Publishing Ltd, *Journal of Internal Medicine* 255: 103–110

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: 0126403/39 CPF da vítima: 830.034.848-69 Nome completo da vítima: Ademir Oliveira Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Manoel das Dores Santiago CPF: 840.400.884-00
Profissão: Informante Endereço: Rua Vidal de Negreiros Número: 165 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Jacanaú Estado: PB CEP: 59278000
E-mail: Abraao@q-mue.com Tel.(DDD): 93991929028

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 2191 1 CONTA: 9002 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☒ Viúvo Data do óbito da vítima: 26/02/2017
Grau de Parentesco com a vítima: companheiro Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Manoel das Dores Santiago
Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 5 Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Jacanaú, 12/04/2017
Nome: Manoel das Dores Santiago
CPF:
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Manoel das Dores Santiago
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Debete Sanches L. Souza Dias
CPF: 067.545.849-90
Debete Sanches Sanches Souza Dias
Assinatura
2ª Nome: BRUNA MARTINS REIS COSTA
CPF: 054.273.524-51
Bruma Martins Reis Costa
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CAIXA NACIONAL DE HABITACAO

NOME
ADEMAR OLIVEIRA SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUT. RESID. Nº
10580299 **ESP** **SP**

CPF
830.034.878-68 **DATA NASCIMENTO**
29/12/1953

PRACAO
SEVERINO PEDRO DA
SILVA
MARIA OLIVEIRA SILVA

PERMISSAO **ACC** **CATIMA**
JAB

Nº REGISTRO
01023218167 **VIGENCIA**
02/12/2019 **1ª REGISTACAO**
10/10/1985

DESIGNACAO
A

LOCAL
GUARABIRA, PB **DATA QUELLO**
12/12/2014

ASSINATURA DO FORNECEDOR
Rodrigo Carneiro
03969855726
PB029682339

ASSINATURA DO TITULAR

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1029834769

PROTECTOR PLASTIFICAR
1029834769



Boleto
Boleto 03/103/112
Tabela Substituta
Emitido pelo digital de acordo
com a lei nº 19.132/13 sob nº
<https://scolodigital.tpb.jus.br>
ACT 31466 - AMV3

Cartório Mº Guedes A. de Carvalho
R. Saldan de Lucena, 152 - Boim-PB
Cartório de Registro de Imóveis
Tabela de Protesto, Títulos e
Documentos e Notas
Titular
Guedes A. de Carvalho
Tabela de Protesto
L. 19.132/13



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE

M

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Ademir Oliveira Silva
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 930.034.949.69
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL (X) BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO
 COM A VÍTIMA É companheira
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Videl de Nogueiras
 Nº 165 COMPLEMENTO _____ BAIRRO centro
 CIDADE Jocotum UF PB CEP 59673000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 991928068

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

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

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

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

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

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

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

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

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

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

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

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

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

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/04/2019
 IDENTIDADE 1.360.506
 ASSINATURA Mª das Dores Santiago

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 12 ABR 2019
 NOME _____
 ASSINATURA _____

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de corte.
Guarde por futuros pagamentos de esta natureza de energia elétrica.

Nº 020-422-174

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 220, Km 25 - Centro Industrial - Jd. Piquet - PO - CEP 55071-400
CNPJ 08.615.183 / 0001-40 - Insc. Est. 78.018.422-0



CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1281590-8

REFERÊNCIA

FEV/2019

APRESENTAÇÃO

19/02/2019

CONSUMO

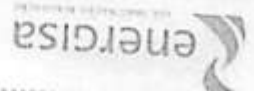
146

VENCIMENTO

01/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 128,71



MARIZETE LIMEIRA DOS SANTOS
Número: 12-002-555-6310
CONTA PAOA - Data de Pagamento: 03/04/2019

Acesse: www.energisa.com.br

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRICULA
01/04/2019	R\$ 128,71	1281590-2019-02-2



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660648340

NOME: **BRUNA MARTINS REIS COSTA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 2419835 RS RS PB

CNPJ: 054.273.524-57 DATA NASCIMENTO: 20/07/1984

RELACÃO: ROMERO RODRIGUES DOS REIS MOEMA MARTINS DOS REIS

PERMISSÃO: ACC: CAT: 11

Nº REGISTRO: 02084917400 VALOR: 21/08/2023 1ª HABILITAÇÃO: 02/06/2003



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1660826760

NOME: **DALITA SANDRA LIMEIRA E SOUZA DIAS**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 4268880 MARINHA PA

CNPJ: 067.545.874-90 DATA NASCIMENTO: 21/10/1988

RELACÃO: JORGE DE MORAES E SOUZA SANDRA JULIA LIMEIRA E SOUZA

PERMISSÃO: ACC: CAT: 11

Nº REGISTRO: 05996241926 VALOR: 04/10/2023 1ª HABILITAÇÃO: 10/02/2014



PROIBIDO PLASTIFICAR
1660648340

ASSINATURA DO PORTADOR: *João Pessoa*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 22/08/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: *João Pessoa* 31636944915 PB037421719

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR
1660826760

ASSINATURA DO PORTADOR: *João Pessoa*

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 05/10/2018

ASSINATURA DO EMISSOR: *João Pessoa* 89608781196 PB037669141

PARAÍBA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

LUCEMIR DE MATOS SILVA

CPF

133.256.348-18

MATRÍCULA:

0688820155 2007 4 00075 018 0023408 23

SEXO

feminino

COR

BRANCA

ESTADO CIVIL E IDADE

casada, 55 anos

NATURALIDADE

Lavras da Mangabeira-CE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Livro: 00014, nº 4517 fls 236F, 1º
SUBSDISTRITO, Osasco-SP

ELEITOR

— NÃO INFORMADO —

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

EXPEDITO RIBEIRO DE MATOS e CIRA BEZERRA DE MATOS. Residia na(o) RUA. APARECIDA EUZEBIO DE SOUZA, 10, BAIRRO PARQUE JANDAIA, no município de Carapicuíba-SP

DATA E HORA DE FALECIMENTO

sete de janeiro de dois mil e sete - 07:45

DIA

07

MÊS

01

ANO

2007

LOCAL DO FALECIMENTO

HOSPITAL PADRE ZÉ no município de João Pessoa-PB

CAUSA DA MORTE

LEUCEMIA LINFÓIDE AGUDA

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

CEMITERIO DE GRAVATA. LAGOA DENTRO-PB

DECLARANTE

ADEMAR OLIVEIRA SILVA, residente e domiciliado: RUA. APARECIDA EUZEBIO DE SOUZA, 10, BAIRRO PARQUE JANDAIA, Carapicuíba-SP

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

CELSE AUGUSTO DE FRANÇA MELLO, CRM 349

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 07/01/2007, no Livro C-00075, Nº 23408, folha 18. A FALECIDA ERA COMERCIANTE, ERA ELEITORA, DEIXOU BENS, DEIXOU FILHOS. CONFORME LIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE



7º SERVIÇO REGISTRAL GOMES DE SOUZA

Irene Gomes de Souza

JOÃO PESSOA-PB

Rua Reinaldo dos Santos, N° 03, Bairro Trincadeiras, JOÃO PESSOA-PB -
CEP 58011315 Fone: (83)3221-6832 E-mail: irene.7cartorio@hotmail.com

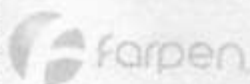
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

JOÃO PESSOA-PB, 22 de maio de 2019.

Irene Gomes de Souza
Irene Gomes de Souza
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: AIO89005-88XR

Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos e taxas: R\$ 65,73



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

Nº 934680-B

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126403/19

Vítima: ADEMAR OLIVEIRA SILVA

CPF: 830.034.878-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2017

Titular do CPF: ADEMAR OLIVEIRA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

MARIA DAS DORES SANTIAGO : 840.100.884-00

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

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/04/2019
Nome: MARIA DAS DORES SANTIAGO
CPF: 840.100.884-00

MARIA DAS DORES SANTIAGO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA