



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, contados 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:

0L26403/39

CPF da vítima:

830.034.849-69

Nome completo da vítima:

Ademar Oliveira Siqueira

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

Nome completo:

Profissão:
Informante

Endereço:

Rua Vidal de Negreiros

CPF:

640.300.884-00

Bairro:

Centro

Cidade:

Jacaraú

E-mail:

Abrauocaf@gmail.com

Estado:

PB

Número:

105

CEP:

59278000

Tel.(DDD):

(83) 991929068

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

RENDIMENTO:

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

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

CONTA:

9002

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2191

CONTA:

9002

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: 26/10/2017

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Companheira

Manoela das Dóres Santiago

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: 5 Falecidos: 0

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,

João Pessoa, 12/10/2017

Nome:

Manoela das Dóres Santiago

CPF:

067.545.444-90

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Manoela das Dóres Santiago

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Débora Sandrinha Souza Dias

CPF: 067.545.444-90

Assinatura

2º | Nome: Bruna Martins Reis Costa

CPF: 054.273.524-54

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.



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, escrivã(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/VITIMA 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 NOTICIANTE INFORMOU QUE O SEU MARIDO DE NOME ADEMAR OLIVEIRA SILVA POSSUÍA 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, escrivã(o) que digitei.

Maria das Dores Santiago

MARIA DAS DORES SANTIAGO

Comunicante

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



Valido em todo território nacional. Qualquer alteração ou rasura invalida este documento
Até 31/12/2019

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



NAME:
ADEMAR OLIVEIRA SILVA

MATRÍCULA:
0688820155 2017 4 00136 039 0035729 12

Gomes de Souza
Serviço de Registro Civil
Gomes de Souza

SEXO	COR	PARDA	ESTADO CIVIL E IDADE	Vilwo, 63 anos
NATURALIDADE/F	Calgará-PB	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	CPF nº: 830.034.878-68	
ELETOR				
— NÃO INFORMADO —				
DATA E HORA DO FALECIMENTO	While e seis de novembro de dois mil e dezesseis - 19-10	26	02	2017
CAUSA DA Morte	HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA no município de João Pessoa-PB			
(ACIDENTE)	HEMORRAGIA AGUDA DEVIDO A LESÃO DE ULO PULMONAR ESQUERDO E TROMBOEMBOLISMO CRÂNIOENCEFÁLICO			
NAME DO MEDICO / CRM	LOCAL DO SEPULTAMENTO			
CEMETÉRIO MUNICIPAL DE GRAVATAÍ-PB no município de	DR. RAYSSA DANAS DE AZEVEDO ALMEIDA - CRM: 7068			
DECLARANTE	João Pessoa-PB			
WAGNER DE MATOS SILVA, brasileiro, solteiro, com 34 anos de idade, COMERCIANTE, residente e domiciliado:	RUA APARECIDO EUZEBIO DE SOUZA ANTIGO 10 ATUAL 50 PARQUE JANADAIA, Carapotiiba-SP, natural de São Paulo-SP			
OBSERVACOES / AVERBACOES	Registre laudo em 06/03/2017, no Lmbo C-00136, N° 35729, folha 39. Foi apresentada a Declaração de óbito nº 239767870. O FALECIDO ERA			
AGRICULTOR, ERA ELETRO, DEIXOU BENS, DEIXOU FILHOS, CONFIRME LIJO E ASSINADO PELO DECLARANTE	Registre laudo em 06/03/2017, no Lmbo C-00136, N° 35729, folha 39. Foi apresentada a Declaração de óbito nº 239767870. O FALECIDO ERA			

NAME DO OFICIO	7º SERVIÇO REGISTRAL GOMES DE SOUZA
OFICIAL REGISTRADOR	JAO PESSOA-PB, 6 de Maio de 2017
MUNICÍPIO/UF	JAO GOMES DE SOUZA
ENDERECO	H. Hennando dos Santos, lote 14 lot 100 Rua das Flores, Centro, 162 - Centro Ludiana Batista dos Santos Escrivanele Comissada
SELO DIGITAL	ABY42415-YRGB
CONSULTE A AUTENTICADE ENT. https://rastreigigital.jpb.us.br	www.rastreigigital.jpb.us.br
FONE	(83) 3221-6632
E-MAIL	rafael.cachorro@hotmail.com

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALquer ALTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CONFIRMADO: <i>João Pessoa-PB</i>
DATA: <i>06/03/2017</i>
LOCAL: <i>7º Serviço Registrado Gomes de Souza</i>
ESTADO: <i>Paraíba</i>
MUNICÍPIO: <i>Joaquim Gomes de Souza</i>
UF: <i>PE</i>



RUA CRESTES 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	Pal 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 Chs 888003214671377		
Local de procedência JACARAÚ	Type MUNICÍPIO	UF PB		
Email	Naturalidade CAICARA	CBO/R		

Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
Número SN	Complemento		Bairro

Admissão

Data e Hora 28/02/2017 17:58:24	Número da pulseira 1000005624613	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente ACIDENTE DE MOTOCICLETA		

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde NBo	Vélo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA x mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonorografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	-----------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	DATA: 12 ABR. 2019
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	CORRETORA DE CIDADE 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: 00000009002-6

Nr. da Autenticação 47AEB538DEA48CF9



6122 337 74

Atendimento ao Cliente ENERGISA		0800 083 0196	Até	www.energisa.com.br
Conta referente a	Apresentação	Data preventiva da proxima leitura	CPF / CNPJ / RANI	Fev / 2019
05/02/2019	07/03/2019	06/100 884-00	WEC ERI	ISSUE DATE
Canal de contato				
Atendimento ao cliente ENERGISA é responsabilidade da Energisa S.A.				

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:

0L26403/39

CPF da vítima:

830.034.849-69

Nome completo da vítima:

Ademar Oliveira Siqueira

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

Nome completo:

Profissão:
Informante

Endereço:

Rua Vidal de Negreiros

Bairro:

Centro

Cidade:

Jacaraú

E-mail:

Abrauocaf@gmail.com

Estado:

PB

CPF:

640.300.884-00

Número:

105

Complemento:

CEP:

59278000

Tel.(DDD):

(83) 991929068

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

RENDIMENTO 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

CONTA:

9002

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2191

CONTA:

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

26/10/2017

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

companheira

Manoela das Dores Santiago

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: 5 Falecidos: 0

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Sim

Não

Sim

Não

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,

Florianópolis, 12/10/2017

Nome:

Manoela das Dores Santiago

CPF:

064.300.884-00

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: Débora Sandrinha Souza Dizze CPF: 067.545.444-90

Assinatura

2º | Nome: Bruna Martins Reis Costa CPF: 054.273.524-54

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.



PLASTIFICA

Data Té	- - - - -
Bolema	<u>31/12/12</u>
<input type="checkbox"/> Legítima Substituta	
Emissão solo digital do protocolo com a let nº 10 13213 sob nº https://selodigital.tjpb.jus.br <u>NET 31166 - AHV3</u>	

Cortôrion M.³; Guedes A. de Carvalho
R. Salomé de Lucena, 162 - Belém-PA
Centro de Registro de Imóveis
Tribunal de Justiça, Prédio 2, Térreo e
Sala 100 - CEP 66010-000



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE M

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA José men Oliveira SilveiraDATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 930.034.949.69

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCOCOM A VÍTIMA É CompanheiraENDEREÇO DO PORTADOR Rua Visconde de NogueirosNº 165 COMPLEMENTO centro BAIRRO CentroCIDADE Jacaraí UF PB CEP 58673000E-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.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTE 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 CÔNJUGE (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 CÔNJUGE 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 CÔNJUGE

- 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 CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER)
- TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A) E O CÔNJUGE (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 12/04/2019IDENTIDADE 1.360.102ASSINATURA Mrs Gladson Santiago

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

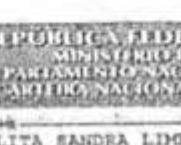
NOME 12/04/2019

ASSINATURA _____





DOCUMENTO PARA PAGAMENTO		5/1281590-8		FEV/2019		19/02/2019		146		01/04/2019		R\$ 128,71	
REFERNCEA		APRESENTAÇÃO		VENCMENTO		CONSUDO		VENCMENTO		TOTAL A PAGAR		VALOR TOTAL	
<p>MARIZETE LIMEIRA DOS SANTOS Rouário: 12-002-565-6310 CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/04/2019 ACESSO: www.energisia.com.br</p> <p>Energisa</p> <p>DADOS DO CLIENTE MARIZETE LIMEIRA DOS SANTOS AV ORLANDO PEREIRA DE BRITO 62 A JOÃO PESSOA CEP 58030-000 - PB - Brasil Fone: (83) 3211-8111 / 6051-0400 - Fax: (83) 3211-8114</p> <p>CDG - CODIGO DO CONSUMIDOR ENDERECO PAMPA - SISTEMAS DA ENERGIA GÁS Av. 232, Bairro: Pampa - CEP: 58030-000 - PB - Brasil Documento para pagamentos de contas de utilidades da Energisa Documentos para validação Energisa</p>													

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DIVISÃO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DIVISÃO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 <p>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1660648340</p>		 <p>VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>1660826760</p>	
<p>BRUNA MARTINS REIS COSTA</p> <p>DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR IF 2419835 SSSS PB</p> <p>CPF 054.273.524-57 DATA NASCIMENTO 20/07/1984</p> <p>PAI ROMERO RODRIGUES DOS REIS MÃE MOENA MARTINS DOS REIS</p> <p>PERMISSÃO ACE. CATEGORIA II</p> <p>Nº REGISTRO 02884917400 VALIDADE 21/08/2023 1ª HABILITAÇÃO 02/06/2003</p>		<p>DALITA SANDRA LIMEIRA E SOUZA DIAS</p> <p>DOC. IDENTIDADE / C.R.G. EMISSOR IF 4268880 MARINHA PA</p> <p>CPF 067.545.874-90 DATA NASCIMENTO 21/10/1980</p> <p>PAI JORGE DE MORAES E SOUZA MÃE SANDRA JULIA LIMEIRA E SOUZA</p> <p>PERMISSÃO ACE. CATEGORIA AB</p> <p>Nº REGISTRO 05996241926 VALIDADE 04/10/2023 1ª HABILITAÇÃO 10/02/2014</p>	
<p>A</p> <p><i>Bruna Martins Reis Costa</i> ASSINATURA DO PORTADOR</p> <p>LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 22/08/2018 <i>José</i> ASSINATURA DO TESOURO</p> <p>PARAÍBA</p>		<p>B</p> <p><i>Dalita Sandra Limeira e Souza Dias</i> ASSINATURA DO PORTADOR</p> <p>LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 05/10/2018 <i>José</i> ASSINATURA DO EMISSOR</p> <p>PARAÍBA</p>	





12 A.M. 2019

United States

FAC

UNPUBLISHED - 2P

23



Digitized by srujanika@gmail.com on 22/12/2010 07:45:00



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

ELEITOR

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

— 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 LINFOIDE 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

CELSO 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

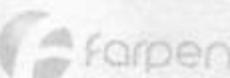
Rua Reinaldo dos Santos, N° 03, Bairro Trincheiras. JOÃO PESSOA-PB -
CEP 58011315 Fone: (83)3221-6832 E-mail: Irene.7cartorio@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

JOÃO PESSOA-PB, 22 de maio de 2019.

Irene Gomes de Souza
Oficial da Registro Civil

Selo Digital: AIO89005-88XR

Consulte a autencidade 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA DAS DORES SANTIAGO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA