
Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036960

Vítima: LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

Data do Acidente: 18/06/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSILENE TAVARES DE ANDRADE

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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036960

Vítima: LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

Data do Acidente: 18/06/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RKCIO TAVARES DE ANDRADE

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

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036960

Vítima: LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

Data do Acidente: 18/06/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEEVELLES TAVARES DE ANDRADE

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0033238120 3 - CPF da vítima: 27256804415 4 - Nome completo da vítima: Lourenival Dias de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Rosilene TAVARES de Andrade 6 - CPF: 021.255.974.54
7 - Profissão: Desenho 8 - Endereço: R. José de Azevedo 9 - Número: 15 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Remígio 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58398-000
15 - E-mail: lousaraujopb@outlook.com 16 - Tel. (DDD): (83) 996676646

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1668 013 CONTA: 0007-1663 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 18/06/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ESPOSA 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 03 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 06 Falecidos: 00 33 - 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.

34

Assinatura digital da vítima ou beneficiário não autografado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: FRANCISCLAUDIA DE LIMA CPF: 070.607.174-39

Francisclaudia de Lima
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: DAYSE MANUELE G. DE ARAUJO CPF: 079.461.674-74

Dayse M. G. Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Campina Grande - PB 22/03/2020

Rosilene TAVARES de Andrade
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0031238120 3 - CPF da vítima: 272.56804415 4 - Nome completo da vítima: Laurival Dias de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

5 - Nome completo: Ricardo TAVARES de Andrade 6 - CPF: 05752049407
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R: Jorici de Azeite 9 - Número: 15 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Frutitas 12 - Cidade: Remigio 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58398-000
15 - E-mail: jonanajob@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (53)996676646

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ 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: BRADESCO

AGÊNCIA: 1912 CONTA: 760263 2
(Informar o dígito se existir) (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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 18/06/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Filho 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 03 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (voluntário)? ☒ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 06 Falecidos: 00 33 - 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.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: Franci Claudina de Lima
CPF: 070.607.774-39
Franci Claudina de Lima
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: DAYSE MANUELE G. Araújo
CPF: 079.461.674-74
Dayse M. G. Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Comuna Grande - PB 13/01/2020

Ricardo TAVARES de Andrade
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0033218120 3 - CPF da vítima: 272.56804415 4 - Nome completo da vítima: Lourival Dias de Andrade

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

5 - Nome completo: GERVELLES TAVARES DE ANDRADE 6 - CPF: 080.624.854.80

7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: R: Viela Batalha 9 - Número: 99 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Parque São Luiz 12 - Cidade: Guarulhos 13 - Estado: SP 14 - CEP: 07170383

15 - E-mail: lourivaldias@outlook.com 16 - Tel. (DDD): (11) 976676646

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ 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: 2304 CONTA: 1011793 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 18/06/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: FILHO 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 03 Falecidos: 00 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 06 Falecidos: 00 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: FRANCISCLAUDIA DE LIMA

CPF: 070607174-39

Franciscandia de Lima

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: DAYSE MANUELE G. de Araújo

CPF: 079467674-74

Dayse M. G. Araújo

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Companhia Saneab - PB 13/01/2020

GERVELLES T. DE ANDRADE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Certidão de nascimento



Arquivo

Estado de Paraná

Município (ou Comarca) de Rezende

Cartório de Registro Civil

ESTADO DO PARANÁ

AUTENTICAÇÃO

Verifico esta fotocópia fiel reprodução original, dou fé em Teste? MMS
verdade.

Reinscrição 251.061.2018
MMS

REGISTRO CIVIL

Antonio de Barros Cipriano

Oficial do Registro Civil

Mércia M^a Serafim dos Santos

ESCREVENTE

NASCIMENTO N.º 15.842

170848354-492W

Consulte a autenticidade em <https://selcdigital.jpb.jus.br>

Certifico que, às fls. 56-V do Livro n.º A-18 do Registro de Nascimento foi feito hoje o nascimento de Letícia Gabriel dos Santos Andrade.x-x-x-x-x-x-x

Nascido ao 23 de agosto de 1992 às 15 horas e 20 minutos, no Hospital Geral de Esperança-PB.x-x-x-x-x-x-x

do sexo feminino filh(a)

de Lourival Dias de Andrade.x-x-x-x-x-x

e de Ivaneide Gabriel dos Santos.x-x-x-x-x

sendo avós paternos Francisco de Andrade e Dorecy Dias de Andrade.x-x-x-x-x

maternos José Gabriel dos Santos e Maria Zilda Bernardo da Silva.x-x-x-x-x

Foi declarante a mãe da registrada.

serviram de Testemunhas Maria de Fátima da Silva Lima e

Jacinta de Fátima Gonçalves.

OBSERVAÇÕES: (este registro foi lavrado no dia 14 de abril de 1998, pela escrivã, Mariza Bertina dos Santos Barros)

O referido é verdade e dou fé.

Rezende 24 de Janeiro de 2002

[Assinatura]
Oficial

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Gevelles

DEPARTAMENTO DO REGISTRO CIVIL
SECRETARIA DE JUSTIÇA
REMICIO - PARAIBA

REGISTRO CIVIL

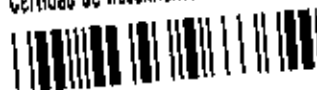
Estado/Território de Paraíba

Câmara de Remigio

Município de Remigio

Distrito de Remigio

Certidão de nascimento



NASCIMENTO N.º 12 820

CERTIFICO que as folhas 200-V do livro N.º A-14, do Registro de Nascimento foi feito hoje, o assento do Gevelles Tavares de Andrade.

nascido aos 07 de outubro de mil novecentos e oitenta e nove (1989) às 18 horas e 35 minutos

em Hospital Geral de Esperança-Pb.x-x-x-x-x

do sexo masculino

filho de Laurival Dias de Andrade.x-x-x-x-x

natural deste Estado.x-x-x-x-x

e do Dona Rosilene Tavares de Andrade.x-x-x-x-x

natural deste Estado.x-x-x-x-x

São avós paternos Francisco de Andrade.x-x-x-x-x

e Dona Baracy Dias de Andrade.x-x-x-x-x

e avós maternos Francisco Tavares de Silva.x-x-x-x-x

e Dona Francisca Medeiros.x-x-x-x-x

Foi declarante o pai do registrado x-x-x-x-x

e serviram de testemunhas Marcelo de Castro Dias e

Jacinto José de Andrade.

Observações: _____

O referido é verdade e dou fé.

Remigio, 13

de outubro

de 19 89

Moriza B de Santos Barros
OFICIAL

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GEEVELLES TAVARES DE ANDRADE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02304-3

CONTA: 000001011793-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2801202005000000000023702304000001011793225000 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RKCIO TAVARES DE ANDRADE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01912-7

CONTA: 000000160263-2

Nr. Autenticação

BRADESCO2801202005000000000023701912000000160263225000 PAGO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102064/19

Vítima: LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

CPF: 272.568.044-15

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 18/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LOURIVAL DIAS DE
ANDRADE

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

Outros



RKCIO TAVARES DE ANDRADE : 057.520.494-07

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

GEEVELLES TAVARES DE ANDRADE : 080.624.854-80

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

ISMENIA GABRIEL DOS SANTOS ANDRADE : 097.953.254-00

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

ROSILENE TAVARES DE ANDRADE : 021.255.974-54

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

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019
Nome: ROSILENE TAVARES DE ANDRADE
CPF: 021.255.974-54

ROSILENE TAVARES DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929184779
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0113314221-1 00/00000000 2018

NOME LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

CPF/CNPJ 27256804415 PLACA QFH6433/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB 9C6RH1120J0004025

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/MT03 ABS ANO FAB. 2017 ANO MOD. 2018

CAP/POT/CIL 2 P/321 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC. / COTAS

FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ***** IOF (R\$) ***** PRÊMIO TOTAL (R\$) ***** DATA DE PAGAMENTO 02/02/2018

OBSERVAÇÕES A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA.

REMIGIO-PB LOCAL 16497 DATA 02/02/2018

15520

PB Nº 013929184779 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 02/02/2018

VIA 1 27256804415 PLACA QFH6433/PB

RENAVAM 01133142211 MARCA/MODELO YAMAHA/MT03 ABS

ANO FAB. 2017 ANO MOD. 9 9C6RH1120J0004025

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) ***** DENATRAM (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) ***** TOTAL SERVIÇOS DE SEGURO DPVAT P A G O

PAGAMENTO S COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE OUTAÇÃO 02/02/2018

SEGURO LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

15520-1017087-20180202

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747147207

15030308601

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

15030308601-4

0113314221-1 00/00000000

NOME LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

RUA JOSE DE ANDRADE 15, CASA

CENTRO

58398000 REMIGIO-PB

PLACA 27256804415 PLACA QFH6433/PB

COMBUSTIVEL GASOLINA

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA/MODELO YAMAHA/MT03 ABS

CAP/POT/CIL 2 P/321 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRATA

ANOS FAB. 2017 ANO MOD. 2018

CHASSI 9C6RH1120J0004025

PLACA ANT. / UF NOVO PB

OBSERVAÇÕES A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA

REMIGIO-PB LOCAL 16497 DATA 02/02/2018

15520

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929184779
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0113314221-1 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

CNPJ / CNPJ 27256804415

PLACA QFH6433/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C6RH1120J0004025

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO YAMAHA/MT03 ABS

ANO FAB 2017

ANO MOD 2017

CAP / POT / CL 2 P/321 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA 00/00/0000

VENIC / COTAS 1º

PADCA (TVA) *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) *****

IOF (R\$) SEGURO

PRÊMIO TOTAL (R\$) P A G O

DATA DE PAGAMENTO 02/02/2018

OBSERVAÇÕES

A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA

0

REMIGIO-PB LOCAL

DATA 02/02/2018

16497

15520

PB Nº 013929184779 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 02/02/2018

VIA 1 CNPJ / CNPJ 27256804415

PLACA QFH6433/PB

RENAVAM 01133142211

MARCA / MODELO YAMAHA/MT03 ABS

ANO FAB 2017

DATA 9

CHASSI 9C6RH1120J0004025

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

IOF (R\$) SEGURO

VALIA RECEBIDA DO SEGURO PB P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO 02/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.899/0001-24

15520-1017087-20180202

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747147207

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PAT 20170500008554-4

VIA 1 COD. RENAVAM 0113314221-1 R.N.T.R.C. 00/00000000

NOME LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

RUA JOSÉ DE ANDRÉ 15 CASA CENTRO 58398000 REMIGIO-PB

CNPJ / CNPJ 27256804415

PLACA QFH6433/PB

NOME ANTERIOR J G N. CONSORCIO DE MOTOS E V LTDA

CHASSI 9C6RH1120J0004025

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA / MODELO YAMAHA/MT03 ABS

ANO FAB 2017

ANO MOD 2017

COR PREDOMINANTE PRATA

CATEGORIA PARTIC

CAP / POT / CL 2 P/321 /CI

OBSERVAÇÕES A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA

N. MOTOR : H403K-015271

LOCAL REMIGIO-PB

DATA 02/02/2018



AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original, outorgado em Remigio, PB, em 02/02/2018.

Remigio, 02/02/2018

SELO DIGITAL: A.F. 44235-PDRQ
Verificação em: <http://selo.digijus.br>
ESCREVENTE



Identificação

1 Tipo de óbito ☐ Fetal ☒ Não Fetal	2 Data do óbito 18/06/2018	3 Hora	4 Cartão SUS	5 Naturalidade Município: UF: (se estrangeiro informar País)
6 Nome do Falecido JULIO CESAR DA SILVA				
7 Nome da Mãe DORACY D. DA SILVA				
8 Data de nascimento 15/03/1961	9 Idade 56	10 Sexo ☐ M - Masc. ☒ F - Fem. ☐ Ignorado	11 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela	12 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo
13 Escolaridade (última série concluída) Nível: ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 ☐ Médio (antigo 2º grau) 4 ☐ Superior incompleto 5 ☐ Superior completo				
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002				

Residência

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	16 Número	17 Complemento	18 CEP
19 Bairro/Distrito	20 Código	21 Município de residência	22 Código
23 UF			

Ocorrência

24 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros	25 Estabelecimento	26 Código CNES	
27 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	28 Número	29 Complemento	30 CEP
31 Bairro/Distrito	32 Código	33 Município de ocorrência	34 Código
35 UF			

Fetal ou menor que 1 ano

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
36 Idade (anos)	37 Escolaridade (última série concluída) Nível: ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 ☐ Médio (antigo 2º grau) 4 ☐ Superior incompleto 5 ☐ Superior completo	38 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002		

Condições de causas do óbito

39 Número de filhos vivos	40 Nº de semanas de gestação	41 Tipo de gravidez ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais ☐ Ignorada	42 Tipo de parto ☐ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorado	43 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorado
44 Pálideo ao nascer	45 Número da Declaração de Nascimento Viva			

Condições de causas do óbito

ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				
46 A morte ocorreu ☐ Na gravidez ☐ No parto ☐ Não ocorreu nestes períodos	47 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	48 Não ocorreu nestes períodos		

Condições de causas do óbito

CAUSAS DA MORTE				
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte				
CAUSAS ANTECEDENTES				
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica				
PARTE B				
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima				

Condições de causas do óbito

ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA				
Devido ou como consequência de:				
Devido ou como consequência de:				
Devido ou como consequência de:				
Devido ou como consequência de:				

Condições de causas do óbito

ASSISTÊNCIA MÉDICA				
Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?				
Sim ☐ Não ☒ Ignorado ☐				
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR				
Necropsia?				
Sim ☐ Não ☒ Ignorado ☐				

Condições de causas do óbito

Tempo decorrido entre o início da doença e a morte				
CID				

Condições de causas do óbito

Município e UF do SVO ou RM				
UF				

Condições de causas do óbito

Município e UF do SVO ou RM				
UF				

Condições de causas do óbito

Município e UF do SVO ou RM				
UF				

Condições de causas do óbito

Município e UF do SVO ou RM				
UF				

Condições de causas do óbito

Município e UF do SVO ou RM				
UF				

Condições de causas do óbito

Município e UF do SVO ou RM				
UF				



I	Identificação	1 Tipo de óbito ☐ 1 Fetal ☒ 2 Não Fetal	2 Data do óbito 12/12/2011	3 Hora 14h	4 Cartão SUS	5 Naturalidade	
		6 Nome do falecido MAYARA DIAS DE ALMEIDA	7 Nome da mãe MAYARA DIAS DE ALMEIDA	8 Data de nascimento 12/12/1988	9 Idade 23 anos completos	10 Sexo ☒ 10 F. - Fem. ☐ 11 M. - Masc.	11 Raça/Cor ☒ 12 Branca ☐ 13 Preta ☐ 14 Amarela ☐ 15 Indígena
II	Residência	13 Escolaridade (última série concluída) Nível ☒ 1 Sem escolaridade ☐ 2 Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ 3 Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ 4 Média (antigo 2º grau) ☐ 5 Superior Incompleto ☐ 6 Superior completo	14 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua 12 de Novembro	15 Número 123	16 Complemento	17 CEP 01234-567	
		18 Bairro/Distrito Centro	19 Município de residência São Paulo	20 Código	21 UF SP		
III	Ocorrência	22 Local de ocorrência do óbito ☒ 1 Hospital ☐ 2 Domicílio ☐ 3 Outros ☐ 4 Outros estabelecimento ☐ 5 Via pública ☐ 6 Agência judiciária	23 Estado de ocorrência São Paulo	24 Número	25 Complemento	26 CEP	
		27 Bairro/Distrito Centro	28 Município de ocorrência São Paulo	29 Código	30 UF SP		
IV	Fatores relacionados ao óbito	31 Idade (anos) 23	32 Escolaridade (última série concluída) Nível ☒ 1 Sem escolaridade ☐ 2 Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ 3 Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ 4 Média (antigo 2º grau) ☐ 5 Superior Incompleto ☐ 6 Superior completo	33 Sexo ☒ 10 F. - Fem. ☐ 11 M. - Masc.	34 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Desempregado	35 Código CBO 700	
		36 Número de filhos vivos Nascidos vivos 1	37 Nº de gestações de gestação 1	38 Tipo de gravidez ☒ 1 Única ☐ 2 Útil ☐ 3 Tópica e mais ☐ 4 Ignorada	39 Tipo de parto ☒ 1 Vaginal ☐ 2 Cesárea ☐ 3 Ignorada	40 Morte em relação ao parto ☒ 1 Antes ☐ 2 Durante ☐ 3 Depois ☐ 4 Ignorada	41 Peso ao nascer 3,5 kg
V	Condições relacionadas ao óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL					
		43 A morte ocorreu ☒ 1 Na gravidez ☐ 2 No parto ☐ 3 No abortamento ☐ 4 Até 42 dias após o término da gestação ☐ 5 On 43 dias a 1 ano após o término da gestação ☐ 6 Não ocorreu nenhum período	ASSISTÊNCIA MÉDICA 44 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? ☒ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 3 Ignorada				
VI	Médico	CAUSAS DA MORTE (PARTE I) Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos ou condições que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.					
		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Doença ou como consequência de: b) Doença ou como consequência de: c) Doença ou como consequência de: d) Doença ou como consequência de:					
VII	Exatidão	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, a que não entraram, porém, na cadeia causal.					
		45 Nome do Médico Dr. Paulo Roberto de Almeida	46 CRM 12345	47 Óbito atestado por Médico ☒ 1 Assistente ☐ 2 Substituto ☐ 3 JML	48 Município e UF do SVO ou JML São Paulo - SP	49 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 1234-5678	50 Data do atestado 12/12/2011
VIII	Prováveis circunstâncias de morte não natural	51 Tipo ☒ 1 Acidente ☐ 2 Suicídio ☐ 3 Homicídio ☐ 4 Outros					
		52 Descrição sumária do evento Acidente de trânsito em via pública, vítima de colisão com veículo de passeio.					
IX	Fontes de informação	53 Fonte de informação ☒ 1 Ocorrência Policial ☐ 2 Hospital ☐ 3 Família ☐ 4 Outros					
		54 Tipo de local de ocorrência de acidente ou violência ☒ 1 Via pública ☐ 2 Local de trabalho ☐ 3 Domicílio ☐ 4 Outros					

15920 086971 11.20 8129912

I Identificação

1 Tipo de óbito: ☒ Fetal ☐ Não Fetal
2 Data do óbito: 18.06.2018
3 Cartão SUS:
4 Naturalidade: Aracaju - PB
5 Nome do Falecido: JOSE VOLNIAZ DOS ANJOS DA
6 Nome do Pai: FRANCISCO DOS ANJOS DA
7 Nome da Mãe: DORACY DIOS DOS ANJOS DA
8 Data de nascimento: 15.09.1961
9 Idade: 56
10 Sexo: ☒ M - Masc ☐ F - Fem ☐ Ignorado
11 Raça/Cor: ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Ignorada
12 Situação conjugal: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Divorciado ☐ União estável ☐ Ignorada
13 Escolaridade (última série concluída): ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) ☐ Médio (antigo 2º grau) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo ☐ Ignorado
14 Ocupação habitual:
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc):
16 CEP:
17 Bairro/Distrito:
18 Município de residência:
19 UF:
20 Local de ocorrência do óbito: ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros ☐ Ignorado
21 Estabelecimento:
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc):
23 CEP:
24 Bairro/Distrito:
25 Município de ocorrência:
26 UF:
II Residência
III Ocorrência
IV Fetal ou menor que 1 ano
V Condições e causas do óbito
VI Médico
VII Causas externas
VIII Cartório
IX Valid. Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos):
28 Escolaridade (última série concluída):
29 Ocupação habitual:
30 Número de filhos vivos:
31 N° de semanas de gestação:
32 Tipo de gravidez:
33 Tipo de parto:
34 Morte em relação ao parto:
35 Peso ao nascer:
36 Número da Declaração de Nascido Vivo:
37 A morte ocorreu:
38 Receber assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?
39 Necropsia?
40 CAUSAS DA MORTE:
41 Nome do Médico:
42 CRM:
43 Óbito atestado por Médico:
44 Município e UF do SVO ou IML:
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc):
46 Data do atestado:
47 Assinatura do Médico:
48 Tipo:
49 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência:
50 Fonte da informação:
51 Descrição sumária do evento:
52 Endereço do local do acidente ou violência:
53 Cartório:
54 Registro:
55 Data:
56 Município:
57 UF:
58 Declarante:
59 Testemunhas:

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ROSILENE TAVARES DE ANDRADE, portador(a) do RG nº 1.192.328 2ª Via, expedido por SSP/PB, em 20/10/2018, CPF/CNPJ nº 023.255.974-54,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) _____

_____ do sinistro de DPVAT da natureza _____

da vítima LOURIVAL DIAS DE ANDRADE, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas: _____

Profissão: FUNC. PÚBLICA Renda Mensal: R\$ 998.00

Documentos comprobatórios: _____

ROSILENE TAVARES DE ANDRADE
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DA PARANÁ
 SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

11.151



Dayse Manuella Gomes de Aguiar

SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 3.455.672 23V18 29 AGU 2004

DAYSE MANUELLA GOMES DE ARAUJO SOARES

Agência Gomes de Araújo

NATURALIDADE
 Soledade - PB

DATA DE NASCIMENTO
 08.06.1984

CPF
 10.098.467-674-74

DATA DE EMISSÃO
 08.11.2004

ASSINATURA DO DETENTOR

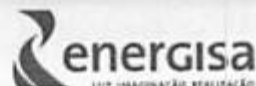
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 005.146.153



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.002.839-1

DADOS DO CLIENTE

DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES
RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/201316-7

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

19/11/2019

CONSUMO

177

VENCIMENTO

26/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 124,70

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 02/12/2019

Pagador: DAYSE MANUELE GOMES DE ARAUJO SOARES CNPJ/CPF: 079.461.674-74

RUA VITAL FRANCISCO SILVA 63 1º ANDAR - CENTRO - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000512089	000201316201911	26/11/2019	R\$ 124,70	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via da conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. : Nº 004.990.853



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCLAUDIA DE LIMA
RUA ROSA MARIA CARTAXO 83
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/146959-2

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

28/10/2019

CONSUMO

71

VENCIMENTO

04/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,98

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00638.546176 8 80630000006198

Pagador: FRANCISCLAUDIA DE LIMA CNPJ/CPF: 070.607.174-39

RUA ROSA MARIA CARTAXO 83 - VELAME - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000638546	000146959201910	04/11/2019	R\$ 61,98	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0102064/19

Vítima: LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

CPF: 272.568.044-15

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 18/06/2018

Titular do CPF: LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RKCIO TAVARES DE ANDRADE : 057.520.494-07

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

GEEVELLES TAVARES DE ANDRADE : 080.624.854-80

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

ISMENIA GABRIEL DOS SANTOS ANDRADE : 097.953.254-00

Certidão de nascimento
Documentos de identificação

ROSILENE TAVARES DE ANDRADE : 021.255.974-54

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

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/03/2019
Nome: ROSILENE TAVARES DE ANDRADE
CPF: 021.255.974-54

ROSILENE TAVARES DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/03/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031218/20

Vítima: LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

CPF: 272.568.044-15

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 18/06/2018

Titular do CPF: LOURIVAL DIAS DE ANDRADE

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

GEEVELLES TAVARES DE ANDRADE : 080.624.854-80

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

RKCIO TAVARES DE ANDRADE : 057.520.494-07

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

ROSILENE TAVARES DE ANDRADE : 021.255.974-54

Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 cada um.

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: ROSILENE TAVARES DE ANDRADE
CPF: 021.255.974-54

ROSILENE TAVARES DE ANDRADE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA