
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: Meuse 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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

☐ Itau (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

Impressão 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 DELIMA
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 22/07/2020

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: Jori de Azeite 9 - Número: 15 10 - Complemento: Casa

11 - Bairro: Frutitas 12 - Cidade: Remigio 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58398-000

15 - E-mail: josmaraujo86@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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1912 CONTA: 760263 ☒

(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 (ou nascidos)? ☒ 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 legível da assinatura ou rubrica do 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: Francielaudina de Lima

CPF: 07060777439

Francielaudina de Lima
Assinatura da testemunha

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

CPF: 07946167474

Dayse M. G. Araújo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Comuna Grande - PB, 13/06/2020

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: 070607774-39

Francisclaudia 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 Reinópolis

Cartório de Registro Civil

ESTADO DO PARANÁ

AUTENTICAÇÃO

Verifico esta fotocópia fiel reprodução original. dou fé. Em Tes? MMS verdade.

Reinópolis 25/06/2008
MMS

REGISTRO CIVIL

Antonio de Barros Cipriano

Oficial do Registro Civil

Mércia M^a Serafim dos Santos

ESCREVENTE

NASCIMENTO N.º 15.842

PROT. 48354-492W

Consulte a autenticidade em <http://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-x

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

Reinópolis 24 de junho de 2002

[Signature]
Oficial

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Geovelles

DEPARTAMENTO DO REGISTRO CIVIL
SECRETARIA DE JUSTIÇA
REMICIO - PARAIBA

REGISTRO CIVIL

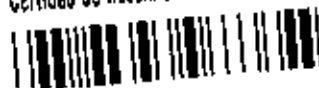
Estado/Território de Paraíba

Comarca 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 Geovelles 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

natural deste Estado.x-x-x-x

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

natural deste Estado.x-x-x-x

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

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

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

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

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

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

Mariza 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 CDD RENAVAM 0113314221-1 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 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 1ª VENC. / COTAS

FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

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

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

REMIÇÃO - 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 CDD RENAVAM 01133142211 PLACA QFH6433/PB

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 1ª VENC. / COTAS

FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

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

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

REMIÇÃO - PB LOCAL 16497 DATA 02/02/2018

15520

SEGURODPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

15520-1017087-20180202

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747147207

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

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

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 1ª VENC. / COTAS

FAIXA LPVA 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª 3ª

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

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

REMIÇÃO - PB LOCAL 16497 DATA 02/02/2018

15520

SEGURODPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

15520-1017087-20180202

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

P V A FICHA (FEVA) *****

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

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

FIB (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

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

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

IOF (R\$) SEGURO

VALIA REINADO SEGURO PB P A G O

PAGAMENTO COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE COTAÇÃO 02/02/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.048.899/0001-04

15520-1017087-20180202

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747147207

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

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

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

2º

3º

FICHA (FEVA) *****

PARCELAMENTO / COTAS 0

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

REMIGIO - PB LOCAL

DATA 02/02/2018

16497

15520



AUTENTICAÇÃO

Autentico esta fotocópia fiel reprodução
do original, out. de Fm Test. MMS

Remigio, 12/02/2018

SELO DIGITAL: A.F. 44235-PDRQ
Verificação em: selo.digijus.br
ESCREVENTE



I	Identificação	1 Tipo de óbito ☐ Fetal ☒ Não Fetal	2 Data do óbito 18/06/2018	3 Hora	3.1 Cartão SUS	4 Naturalidade Município: UF: (se estrangeiro informar País)	
		5 Nome do falecido JULIO CESAR DA SILVA	6 Nome da Mãe DORACY D. DA SILVA				
		7 Data de nascimento 15/03/1961	8 Idade Anos completos: 56 Menores de 1 ano: Meses: Dias: Horas: Minutos: Segundos: Ignorado: ☐	9 Sexo ☒ M - Masc. ☐ F - Fem. ☐ I - Ignorado	10 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena ☐ Ignorada	11 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ União estável ☐ Ignorada	
		12 Escolaridade (última série concluída) Nível: ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☒ Fundamental II (5ª a 8ª Série) Série: ☐ Médio (antigo 2º grau) ☐ Superior incompleto ☐ Superior completo Ignorado: ☐	13 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002				
II	Residência	14 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	15 Número	16 Complemento	17 CEP		
		18 Bairro/Distrito	19 Código	20 Município de residência	21 Código	22 UF	
III	Ocorrência	23 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros ☐ Outros não saúde ☐ Via pública ☐ Aldeia indígena ☐ Ignorado	24 Estabelecimento	25 Código CNES			
		26 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	27 Número	28 Complemento	29 CEP		
IV	Fetal ou menor que 1 ano	30 Número de filhos vivos	31 Nº de semanas de gestação	32 Tipo de gravidez ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais ☐ Ignorada	33 Tipo de parto ☐ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorada	34 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorado	
		35 Párea ao nascer	36 Número da Declaração de Nascimento Viva				
V	Condições - causas do óbito	OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL					
		37 A morte ocorreu ☐ Na gravidez ☐ No parto ☐ No abortamento ☐ Até 42 dias após o término da gestação ☐ Não ocorreu nestes períodos ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação ☐ Ignorado					
		38 CAUSAS DA MORTE PARTI I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte					
		39 CAUSAS ANTEREDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica					
VI	Médico	40 Nome do médico					
		41 CRM					
VII	Causas externas	42 Óbito atestado por Médico ☐ Assistente ☐ Substituto ☐ Outro					
		43 Município e UF do SVO ou RM					
44 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)							
45 Data do atestado							
46 Assinatura do Médico							
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)							
47 Tipo ☐ Acidente ☐ Suicídio ☐ Homicídio ☐ Outros ☐ Ignorado							
48 Descrição sumária do evento							
49 Fonte da informação ☐ Ocorrência Policial Nº ☐ Hospital ☐ Paralela ☐ Outros ☐ Ignorado							
50 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
51 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
52 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
53 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
54 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
55 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
56 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
57 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
58 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
59 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
60 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
61 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
62 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
63 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
64 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
65 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
66 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
67 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
68 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
69 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
70 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
71 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
72 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
73 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
74 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
75 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
76 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
77 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
78 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
79 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
80 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
81 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
82 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
83 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
84 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
85 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
86 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
87 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
88 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
89 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
90 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
91 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
92 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
93 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
94 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
95 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
96 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
97 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
98 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
99 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							
100 Endereço do local da ocorrência do acidente ou violência							



I	1 Tipo de óbito ☐ 1 Fetal ☒ 2 Não Fetal		2 Data do óbito 12/12/2011		3 Cartão SUS		4 Naturalidade	
	5 Nome do falecido				6 Nome da mãe			
	7 Nome do pai				8 Nome da mãe			
II	9 Data de nascimento		10 Idade Anos completos: 56 Menores de 1 ano: Meses: 0, Dias: 0		11 Sexo ☒ M - Masc. ☐ F - Fem.		12 Raça/Cor ☒ Branco ☐ Preto ☐ Amarelo	
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível: ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)		14 Média (antigo 2º grau) ☐ Superior Incompleto ☐ Superior completo		15 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo		16 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	
	17 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		18 Número		19 Complemento		20 CEP	
III	21 Bairro/Distrito		22 Código		23 Município de residência		24 UF	
	25 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros ☐ Outros estabelecimento		26 Estabelecimento		27 Código CBO		28 Código CNES	
	29 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc)		30 Número		31 Complemento		32 CEP	
IV	33 Bairro/Distrito		34 Código		35 Município de ocorrência		36 UF	
	37 Idade (anos)		38 Escolaridade (última série concluída) Nível: ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)		39 Média (antigo 2º grau) ☐ Superior Incompleto ☐ Superior completo		40 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	
	41 Número de filhos vivos		42 Nº de gestações de gestação		43 Tipo de gravidez ☐ Única ☐ Única e mais ☐ Ignorada		44 Tipo de parto ☐ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorada	
V	45 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorada		46 Peso ao nascer		47 Número da Declaração de Nascimento Vivo		48	
	49 Óbito de mulher em idade fértil A morte ocorreu: ☐ Na gravidez ☐ No parto ☐ No aborto ☐ Até 42 dias após o término da gestação ☐ Não ocorreu nesses períodos		50 Causas da morte Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: Causas antecedentes: Estados morbosos ou estados que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		51 Assistência médica Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada		52 Diagnóstico confirmado por: Necropsia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada	
	53 A morte ocorreu: ☐ Na gravidez ☐ No parto ☐ No aborto ☐ Até 42 dias após o término da gestação ☐ Não ocorreu nesses períodos		54 Causas da morte Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte: Causas antecedentes: Estados morbosos ou estados que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		55 Assistência médica Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada		56 Diagnóstico confirmado por: Necropsia? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada	
VI	57 Nome do Médico		58 CRM		59 Óbito atestado por Médico ☐ Assistente ☐ Substituto ☐ JML		60 Município e UF do SVO ou JML	
	61 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)		62 Data do atestado		63 Assinatura		64	
	65 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico) Tipo: ☐ Acidente ☐ Suicídio ☐ Homicídio ☐ Outros		66 Descrição sumária do evento		67 Fonte de informação ☐ Ocorrência Policial ☐ Hospital ☐ Família ☐ Outros		68 Tipo de local de ocorrência de acidente ou violência ☐ Via pública ☐ Local de trabalho ☐ Local de recreação ☐ Outros	
VII	69		70		71		72	
	73		74		75		76	
	77		78		79		80	

15091026971

15091026971

15091026971

15091026971

15091026971

15091026971

15091026971

15091026971

I Identificação	1 Tipo de óbito ☒ Fetal ☐ Não Fetal	2 Data do óbito 18.06.2018	3 Cartão SUS	4 Nacionalidade Brasileira - PB
	5 Nome do Falecido JOSEVALDIR DOS ANJOS DA SILVA	6 Nome do Pai FRANCISCO DOS ANJOS DA SILVA	7 Nome da Mãe DORACY DIOS DOS ANJOS DA SILVA	8 Data de nascimento 15.09.1961
	9 Idade Anos completos: 56 Meses: 01 Dias: 01	10 Sexo ☒ M - Masculino ☐ F - Feminino ☐ Ignorado	11 Raça/Cor ☐ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Parda ☐ Indígena	12 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Divorciado ☐ União estável ☐ Ignorada
II Residência	13 Escolaridade (última série concluída) Nível: ☐ Sem escolaridade 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 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) Ocupação anterior: ☐ Sem ocupação	15 CEP 15	16 Município de residência Floresta
	17 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua	18 Bairro/Distrito Floresta	19 UF PB	20 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros
	21 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Rodovia Estadual	22 CEP 51200-000	23 Município de ocorrência Floresta	24 UF PB
III Ocorrência	25 Idade (anos) 26 Escolaridade (última série concluída) Nível: ☐ Sem escolaridade 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 Médio (antigo 2º grau) 4 Superior incompleto 5 Superior completo	27 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Ocupação anterior: ☐ Sem ocupação	28 CEP 51200-000	29 Município de ocorrência Floresta
	30 Número de filhos vivos 31 N° de semanas de gestação 32 Tipo de gravidez 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 4 Ignorada	33 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 3 Ignorada	34 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 4 Ignorada	35 Peso ao nascer 36 Número da Declaração de Nascido Vivo
	37 A morte ocorreu 1 Na gravidez 2 No parto 3 No aborto 4 Após 42 dias após o término da gestação 5 Não ocorreu nestes períodos	38 Causas da morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTERIORES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	39 Assistência médica 1 Receber assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? 2 Sim 3 Não 4 Ignorada	40 Diagnóstico confirmado PC 1 Necropsia? 2 Sim 3 Não 4 Ignorada
IV Fetal ou menor que 1 ano	41 Nome do Médico LEandro José de Amorim	42 CRM 2077	43 Óbito atestado por Médico 1 Assistente 2 Substituto 3 INE	44 Município e UF do SVO ou INE Floresta - PB
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) Tm...@...pb	46 Data do atestado 19.06.2018	47 Assinatura do Médico [Assinatura]	48 Assinatura do Declarante [Assinatura]
	49 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter estritamente epidemiológico) 50 Tipo 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros	51 Descrição sumária do evento Vítima de acidente de trânsito, no município de Floresta - PB	52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Bairro Município UF	53 Cartório 54 Registro 55 Data
V Condições e causas do óbito	56 Município Floresta	57 UF PB	58 Declarante [Assinatura]	59 Testemunhas [Assinatura]
	60	61	62	63
	64	65	66	67

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 1.192.328-2 Via SSP/PB, 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

309188

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 3.455.672 23V18 29 AGU 200

DAYSE MANUELLA GOMES DE ARAUJO
 SOARES

Agência Gomes de Araújo

NAT/PAISAGEM
 Soledade - PB

DATA DE NASCIMENTO
 08.06.1954

CPF
 10.098.467-674-74

079.467-674-74

Assinado em 01/11/2007

Assinatura Digital

309188

CARTEIRA DE IDENTIDADE

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 - TRÊS IRMÃS - 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

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: 11/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSILENE TAVARES DE ANDRADE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01668

CONTA: 000000071663-1

Nr. da Autenticação 741AB9D4FE9D1B77