

Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: MAURICELIA FERREIRA DE LIMA

Nº Sinistro: 3180268388

Vitima: FABIANO SOARES DA COSTA

Data do Acidente: 25/12/2016

Cobertura: MORTE

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180268388**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12963967



Rio de Janeiro, 15 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICELIA FERREIRA DE LIMA**  
Nº Sinistro: **3180268388**  
Vitima: **FABIANO SOARES DA COSTA**  
Data do Acidente: **25/12/2016**  
Cobertura: **MORTE**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180268388**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MAURICELIA FERREIRA DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180268388**

Vitima: **FABIANO SOARES DA COSTA**

Data do Acidente: **25/12/2016**

Cobertura: **MORTE**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180268388**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

**Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180268388**

**Vítima: FABIANO SOARES DA COSTA**

**Data do Acidente: 25/12/2016**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MAURICELIA FERREIRA DE LIMA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**Certidão de Nascimento**

NOME:

**ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA**

MATRÍCULA

**0689160155 2015 1 00071 023 0022023 41**

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO) vinte e sete de abril de dois mil e quinze DIA 27 MES 04 ANO 2015

HORA DE NASCIMENTO 08:55 MUNICIPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO João Pessoa-PB

MUNICIPIO DE REGISTRO/UF João Pessoa-PB LOCAL DE NASCIMENTO Maternidade Cândida Vargas, nesta Capital - João Pessoa-PB SEXO masculino

FILIAÇÃO FABIANO SOARES DA COSTA e MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA

AVOS  
PATERNO(S): FRANCISCO SOARES DA COSTA e NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO  
MATERNO(S): MAURÍCIO DA SILVA LIMA e BETÂNIA DOS SANTOS FERREIRA

GÊMEOS NÃO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) vinte e nove de abril de dois mil e quinze (29/04/2015).

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES  
Registro lavrado em 29/04/2015, no livro A-00071, Nº 22023, folha 23.  
**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL**  
**8º SERVIÇO REGISTRAL FAUSTO DE OLIVEIRA**  
Av. São Judas Tadeu, 542 - Rangel - João Pessoa - PB  
CNPJ 06.203.679/0001-55 - FONE 3223-5575  
**GIVANILDO FAUSTO DE OLIVEIRA**  
(Oficial Titular Idôneo)

NOME DO OFÍCIO  
8º SERVIÇO REGISTRAL FAUSTO DE OLIVEIRA

OFICIAL REGISTRADOR  
Givanildo Fausto de Oliveira

MUNICÍPIO/UF  
João Pessoa-PB.

ENDEREÇO  
Avenida São Judas Tadeu, Nº 542, Rangel João Pessoa-PB - CEP 58070100 Fone: (83)3223-5575 E-mail: certidao@faustooliveira.pb.gov.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

João Pessoa-PB, 29 de Abril de 2015

*Charlene Mary Nóbrega*  
Charlene Mary Nóbrega  
Escritvente Compromissada

Selo Digital: AAC39361-VZQW  
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Charlene Mary Nóbrega



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:  
FABIANO SOARES DA COSTA

MATRÍCULA:  
0717120155 2017 4 00006 023 0002787 82



SEXO masculino	COR PARDA	ESTADO CIVIL E IDADE solteiro, 33 anos
NATURALIDADE/UF Alhandra-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº: 086.187.824-83
ELETOR SIM - Nº 043686461201, Zona: 73 - PB		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) FRANCISCO SOARES DA COSTA (Falecido) e NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO. Reside na(s) SITIO GURUGI, no município de Conde-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO vinte e cinco de dezembro de dois mil e dezessete - 01:49		DIA 25
		MES 12
		ANO 2016
LOCAL DO FALECIMENTO Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena no município de João Pessoa-PB		
CAUSA DA MORTE TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO COM MOTO).		
NOME DO MÉDICO / CRM Drº IVANY ERNESTO DE ANDRADE LIMA - CRM: 6021		LOCAL DO SEPULTAMENTO Cemitério de Jacumã no município de Conde-PB
DECLARANTE MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA, brasileira		

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES  
Registro levado em 03/05/2017, no Livro C-00006, Nº 2787, folha 23-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 245104755. O falecido não deixou bens e sim dois filhos de nome: Anthony Gabriel Ferreira Soares da Costa e Nathália Soares da Silva e vivia maritalmente com a declarante. Feito o mandado judicial conforme apó de esmentamento de óbito nº 0800179-49.2017.815.0441. Esta certidão não contém rasuras.

NOME DO OFÍCIO Cartório Pedro Alves
OFICIAL REGISTRADOR Maria José Garcez de Souza
MUNICÍPIO/UF Conde-PB
ENDEREÇO Rua Nossa Senhora da Conceição nº 136 Cartório Conde-PB - CEP 58322000 Fone: (33) 3228.7026 E-mail: cartoriopedroalves@registrocivil.pb.gov.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Conde-PB, 3 de Maio de 2017

*Maria José Garcez de Souza*  
Maria José Garcez de Souza  
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: AEJ94193-8P1H  
Consulte a autenticidade em: <https://secedigital.pb.gov.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 JUN. 2018

PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA

CARTÓRIO PEDRO ALVES

Registro Civil e Tabelionato

Bel.ª Maria José Garcez de Souza

Oficial de Reg. Civil

CONDE - PARAIBA

*faipen*

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





**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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



**SAMU  
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

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

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 702/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1546875, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **FABIANO SOARES DA COSTA** idade 31 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto)** no dia 25/12/2016, na Estrada do Conde P/ Gurugi, Bairro: Gurugi - Conde-PB, aproximadamente às 01:10 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 02 de Fevereiro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

Estatístico

CRE/5ª Região: 10171

Jefferson da Rocha Augusto

Matrícula: 67.155-6

Coordenação do SAME

SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

<b>COMPREV</b>	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
	12 JUN. 2016
<b>PROTÓCOLO</b>	
<b>AG. JOÃO PESSOA</b>	

FABIANO SOARES DA COSTA  
RUA PROJETADA, BVL. GURGURI  
COND. FÉLICEP 16327000 (AB 11)  
Emissão 24/05/2018 Referência Mai/2018  
Classificação: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL VILHOPOLIS 230 km2 - Cota Rede Med. João Pessoa/PB - CEP 58011-480  
Retro 14 - 21 - 561 - 5320 Nº medidor 00000557135

**Energisa**

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 08.958.153/0001-40 Insc. Est. 15.015.872-0  
Nota Fiscal/Conta de Energia 36-4830-9007 992.000  
Cód. para Débito Automático: 0054348958

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Mai/2018** Apresentação **24/05/2018** Data prevista da próxima leitura **25/06/2018** CPF/CNPJ/RAEI **8618782483** Ins. Est. **5/1694935-6**

UC (Unidade Consumidora): **5/1694935-6**

Canal de contato

Banco e aplicativo Energisa Cel em qualquer smartphone ou tablet.  
Você terá acesso à segurança da conta, mudança de titularidade,  
informações sobre a taxa de energia e diversos outros serviços.  
Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas  
facilidades.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/04/18	Leitura 2504	Data 24/05/18	Leitura 7551	47
Demonstrativo				
Quantidade consumida em kWh (valor médio mensal) 15,12 kWh				
Tarifa 1 (tarifa) kWh/(30) kWh				
0801 Consumo em kWh	47,000 0,512385	24,08	0,00	0,00
0501 Adm. B. Amarela	0,36	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	2,05	0,00	0,00	0,00

CDI: Código de Classificação do Item TOTAL 21,27 0,20 0,00 24,47 0,15 0,00

VENCIMENTO **01/06/2018** TOTAL A PAGAR **R\$ 31,27**

Histórico de Consumo (kWh)											
34	33	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23
Mar/17	Jun/17	Set/17	Dez/17	Mar/18	Jun/18	Set/18	Dez/18	Mar/19	Jun/19	Set/19	Dez/19

RESERVADO A9 6588001.2259.516b.4cb3.ac4b.0b8d.c772

Indicadores de Qualidade		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	1,00	230
QUALIDADE DE ENERGIA	0,25	230
TEMPERATURA	1,00	230
UMIDADE	0,25	230
VENTILACÃO	1,00	230
ILUMINAÇÃO	0,25	230
ACÚSTICO	1,00	230

Discriminação	Valor (R\$)	%
Contribuição de Custos de Energia	24,47	78,25
Contribuição de Custos de Distribuição	0,20	0,64
Contribuição de Custos de Transmissão	0,00	0,00
Contribuição de Custos de Geração	0,00	0,00
Contribuição de Custos de Comercialização	0,00	0,00
Contribuição de Custos de Outros Serviços	0,00	0,00
Total	31,27	100,00

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
**12 JUN. 2018**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**ATENÇÃO**  
- A partir de 01/06/2018, a tarifa de energia elétrica será reajustada em 10%.  
- REAVISO: Caso o cliente não pague a fatura de energia elétrica em dia, o fornecimento de energia será suspenso a partir de 01/06/2018. Conforme Resolução da ANEEL, caso o cliente não pague a fatura de energia elétrica em dia, o fornecimento de energia será suspenso a partir de 01/06/2018. O cliente deve pagar a fatura de energia elétrica em dia para evitar a suspensão do fornecimento de energia.  
- ESTE PRAZO NÃO VÁLIDA PARA AS FATURAS DE REAVISO, pois estas não possuem prazo para pagamento.  
- A fatura de energia elétrica pode ser paga em qualquer momento até o vencimento da fatura, com juros de mora de 0,5% ao mês.  
- Fatura paga e incluída em óbitos de proteção ao crédito no caso de suspensão de fornecimento.  
- Leitura com modo

Faturas em atraso	
Mar/18	25,30
Fev/18	27,39
Jan/18	25,45
Dez/17	27,18
Out/17	26,36
Ago/17	23,09
Jul/17	20,97

PARABÁ  
RUA 21 - 561 - 5320  
Metrô: 1694555-2013-05-5  
VENCIMENTO **01/06/2018** TOTAL A PAGAR **R\$ 31,27**  
83680000000-9 31270054000-7 16949352018-6 05500021019-9



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)  
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações  
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

### INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistência pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

### DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPF:	Data do óbito:
FABIANO SOARES DA COSTA	086.187.824-83	25/12/2016
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº vivos: Nº falecidos:
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA	

### DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.  
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

### DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

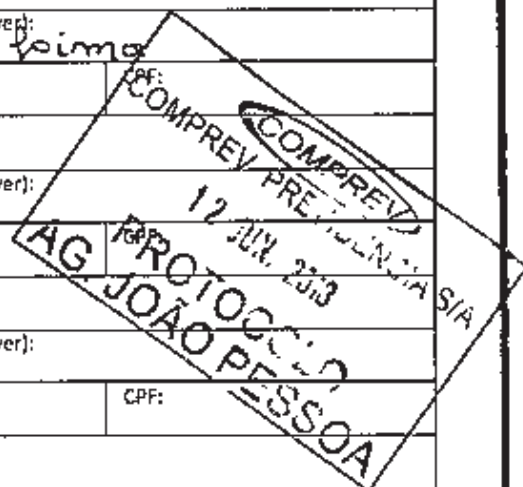
Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA	017.250.964-55
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):
JOÃO PESSOA 12/06/2018	Mauricélia Ferreira de Lima

### Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
ANTHONY GABRIEL FERREIRA S. COSTA	FILHO	145.134.374-48
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
JOÃO PESSOA 12/06/2018	Mauricélia Ferreira de Lima	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	



### TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	2 - Nome completo:
VALBIANA NASCIMENTO DOS SANTOS	GEOVANNI FREIRES DOS SANTOS
CPF:	CPF:
073.284.684-67	024.586.224-29
Local/data:	Local/data:
JOÃO PESSOA 12/06/2018	JOÃO PESSOA 12/06/2018
Assinatura:	Assinatura:
Valbiana Nascimento dos Santos	Geovanni Freires dos Santos

3360461 DATA 02 SET 2015

FABIANO SOARES DA COSTA

Francisco Soares da Costa  
Noemia Alexandrina da Conceição

Alhandra-SP 22.08.1983

Cert. Mat. nº 5.962. Fls. 252v. Juv. A-07

Cert. de Alhandra-SP

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL

CPF

086.187.824-83

FABIANO SOARES DA COSTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-900

FABIANO SOARES DA COSTA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR  
FABIANO SOARES DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO 08/08/1983

CPF 086.187.824-83

DATA DE EMISSÃO 16/04/2012

CONDE/SP

AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO

12 JUL 2018

COMPREV PREVIDENCIA S/A



**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

COMPRE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.

IDENTIFICADORA 2.951.671 -2 VIA 26/11/2014

NOME MAURICELIA FERREIRA DE LIMA

TIPOÇÃO MAURICIO DA SILVA LIMA  
ESTÂNCIA DO SANTOS FERREIRA

NAT. NACIONALIST

DATA DE NASCIMENTO 24/09/1987

JOÃO PESSOA-PB

COC BRASILEIRA

NASC. N. 6589 FLS. 145 LIV. A-07

SANTO RIO COMDE/PB

ASSINATURA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SISTEMA DE REGISTRO CIVIL DA JUÍZA ESCRIÇÃO

INSTRUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

MAURICELIA FERREIRA DE LIMA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TRIBUNAL ELEITORAL

MAURICELIA FERREIRA DE LIMA

24/09/1987

055346004274

0732 0143

15072006

CONDE/PB

Presidente do TRE-PB

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

12 JUL 2018

PROTOCOLO

AG JOÃO PESSOA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 017.250.964-55

Nome MAURICELIA FERREIRA DE LIMA

Nascimento 24/09/1987

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

**ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA**

MATRÍCULA

**0689160155 2015 1 00071 023 0022023 41**

DATA DE NASCIMENTO(POR EXTENSO) vinte e sete de abril de dois mil e quinze DIA 27 MES 04 ANO 2015

HORA DE NASCIMENTO 08:55 MUNICIPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO João Pessoa-PB

MUNICIPIO DE REGISTRO/UF João Pessoa-PB LOCAL DE NASCIMENTO Maternidade Cândida Vargas, nesta Capital - João Pessoa-PB SEXO masculino

FILIAÇÃO FABIANO SOARES DA COSTA e MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA

AVOS PATERNO(S): FRANCISCO SOARES DA COSTA e NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO; MATERNO(S): MAURÍCIO DA SILVA LIMA e BETÂNIA DOS SANTOS FERREIRA

GÊMEOS NÃO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) vinte e nove de abril de dois mil e quinze (29/04/2015).

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Registro lavrado em 29/04/2015, no livro A-00071, Nº 22023, folha 23.  
CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
8º SERVIÇO REGISTRAL FAUSTO DE OLIVEIRA  
Av. São Judas Tadeu, 542 - Rangel - João Pessoa - PB  
CNPJ 06.203.679/0001-55 - FONE 3223-5575  
GIVANILDO FAUSTO DE OLIVEIRA  
(Oficial Titular Idôneo)

NOME DO OFÍCIO 8º SERVIÇO REGISTRAL FAUSTO DE OLIVEIRA

OFICIAL REGISTRADOR Givanildo Fausto de Oliveira

MUNICÍPIO/UF João Pessoa-PB.

ENDEREÇO Avenida São Judas Tadeu, Nº 542, Rangel João Pessoa-PB - CEP 58070100 Fone: (83)3223-5575 E-mail: certidao@faustooliveira.pb.gov.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

João Pessoa-PB, 29 de Abril de 2015

Charlene Mary Nóbrega  
Charlene Mary Nóbrega  
Escritvente Compromissada

Selo Digital: AAC39361-VZQW  
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Charlene Mary Nóbrega





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FABIANO SOARES DA COSTA  
DATA DE NASCIMENTO 09/09/83  
NOME DA MÃE NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 969.779  
Nº PRONTUÁRIO  
DATA DO ATENDIMENTO 25/12/2016  
HORA DO ATENDIMENTO 01:49  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) ÓBITO  
CID 10

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, trazido pelo SAMU, chegando em óbito Glasgow. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

### TRATAMENTO:

Realizado atendimento e constatado o óbito.

ALTA HOSPITALAR: 25/12/2016 ÓBITO às 01:49 hs  
DATA DA EMISSÃO: 10/03/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO C. R. 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
12 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

*Ortoto*



Hospital Liberal - Rua Vermelha Brasileira



Hospital Liberal - Rua Vermelha Brasileira



GOVERNO DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, S/N - CNES 123412 - Tel: 3333-3333

Boletim de Atendimento: 985779



**Identificação do paciente**

ID 1120407	Nome FABIANO SOARES DA COSTA	Sexo Masculino
Data de nascimento 01/01/1985	Idade 31 anos 11 meses 24 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe NOEMIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO	Religião NÃO INFORMADA	Profissão
Escolaridade NÃO INFORMADO	Pa FRANCISCO SOARES DA COSTA	Responsável (Patronato) JOVIA GOMES DA COSTA - PRIMO(A)
DDD Móvel 83	Telefone Móvel 993704233	DDD Fixo
Tipo documento NÃO INFORMADO	Número documento	Telefone Fixo
Local de procedência CONDE	Naturalidade ALHANDRA	UF PE
Email		

**Endereço**

CEP 58322000	Município de residência CONDE	UF PB
Número 58	Complemento	Logradouro PROJETADA
		Bairro CENTRO

**Admissão**

Data e Hora 25/12/2016 01:49:13	Número do protocolo 1000005180195	Convênio SUS
Especialidade TRAUMATOLOGISTA	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	

Caráter de atendimento  
OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO

Motivo do atendimento  
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Destino do paciente  
MOTO X MOTO

**Indicadores e Transporte**

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Modo de transporte SAMU		Quem transportou	

**Sinais Vitais**

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

**Exames complementares**

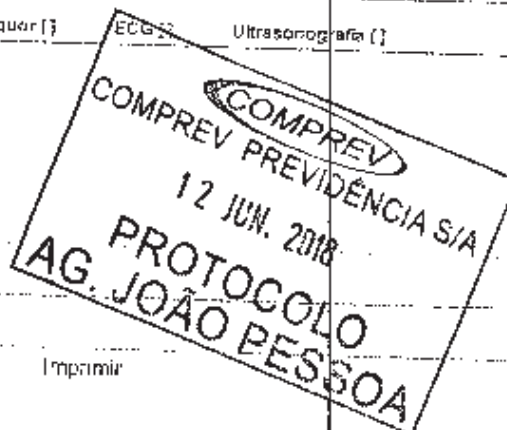
Raios X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassonografia [ ]
-------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Diagnóstico

Atendido por  
TRATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA

Imprimir



CID

Tempo:  
03min 04seg



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# Primeiro Atendimento Médico

100025180295 BE.: 969779  
FABIANO SOARES DA COSTA  
DT. NASC.: 01/03/1995  
MOR.: NOBIA ALEXANDRINA DA CONCEIÇÃO

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

Fabiano Soares da Costa

IDADE:

P.E. END.: PROJETO  
N. SN - CENTRO  
CONDE  
FONE: 11  
CELULAR: (02) 69270-233  
TORRE: 33  
DT. ENTRADA

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Queda e atropelamento, dor no  
peito SA MU.

## EXAME PRIMÁRIO

VIAS  
AÉREAS ☐ Pervas ☐ Obstruídas  
CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não  
VENTILAÇÃO:  
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não  
RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade  
☐ Com dificuldade

☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA

☐ APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1. MURMÚRIO VESICULAR

☐ Presente e normal

HTD ☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

HTZ ☐ Presente e normal

☐ Rude

☐ Diminuído

☐ Ausente

2. RUIDOS

☐ Sim

☐ Não

HTD ☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Estertores

HTZ ☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Estertores

PR: \_\_\_\_\_ Imp

SpO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

## DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente

☐ Paralisadas

☐ Isocóricas

☐ Anisocóricas

Diferença = \_\_\_\_\_ mm

Escala de Glasgow:

## ABERTURA OCULAR

Espontânea

4

A solicitação verbal

3

À continuação estímulo

2

Nenhuma

1

## MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)

Consciente / Palavras apropriadas, sorriso  
social, fixa e segue objetos

Confuso / Choro, mas é consolável

Palavras inapropriadas / Irritado (parcialmente)

Sons incompreensíveis / Inquieto

Nenhuma / Nenhuma

## MELHOR RESPOSTA MOTORA

Obedece aos comandos

Localiza a dor

Retira o membro

Movimento anormal (descoordenação)

Movimento normal (descoordenação)

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

12 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

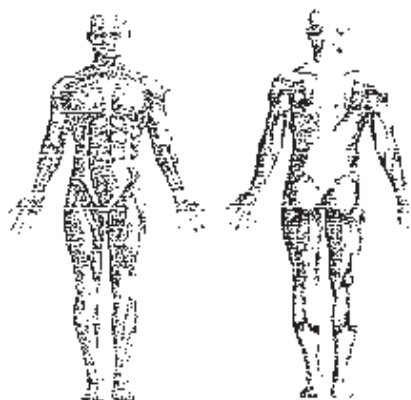
FINGERCC 001-1

## EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim: \_\_\_\_\_

LOCAL DA LESÃO

Justifique o local com o número correspondente ao lado →



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crêpeção
6. Dui
7. Escoria
8. Empalamento
9. Enxerto vascular
10. Enxerto
11. Equimose
12. F. Arma Branca
13. F. Arma de Fogo
14. F. Contuso
15. F. Cortante
16. F. Contu-Contuso
17. F. Perfuro-Contuso
18. F. Perfuro-Cortante
19. Fratura Óssea Fechada
20. Fratura Óssea Aberta
21. Hematoma
22. Injúria do Nervoso
23. Laceração
24. Lesão Tendinea
25. Luxação
26. Morcadura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Enxerçado
29. Otorragia
30. Pseudo
31. Paresia
32. Parastesia
33. Queimadura
34. Rinoorragia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

Obs.:

## QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (região da palma da mão) \_\_\_\_\_ % Grau da queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

## EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias ☐ Levedo peritonia  
☐ Ultrassonografia (FAS) ☐ Gasometria arterial  
☐ Tomografia computadorizada ☐ Tipagem sanguínea

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

## CONDUZAS E PROCEDIMENTOS

Cirurgia

ASSINATURA E CARIMBO

Roberto A. Braga dos Santos  
 Médico Residência Cirurgia Geral  
 CRM PB 45572

Dr. Kerly Cassiano da Silva  
 Cirurgia Geral  
 CRM PB 8021

## SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
 Solicito parecer de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## DESTINO DO PACIENTE

☐ Centro cirúrgico

DATA

☐ Transferência (unidade de saúde)

DA

☐ Internado (autor)

SAÍDA

☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica☐ A pedido☐ A revelia☐ Desistência

HORAS:

☐ Óbito ☐ Até 48 hs.☐ Até 48 hs.☐ Família☐ JML☐ SVO

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

2 JUN. 2018

PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

F(NG) EC-001-1

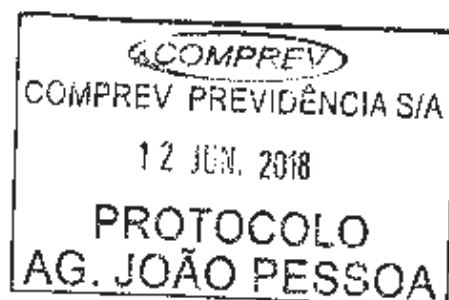


## PODER JUDICIÁRIO

### INFORMACÕES SOBRE ESTE DOCUMENTO NUM. 45

[Imprimir](#)

Nr. do Processo	0513810-51.2017.4.05.8200T	Autor	ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA ADJ JPS - AGÊNCIA DE DEMANDA JUDICIAL JOÃO PESSOA e outros
Data da Inclusão	12/04/2018 08:44:05	Réu	
Última alteração	Max Medeiros Borges às 10/04/2018 16:40:32		
Juiz(a) que validou	EMILIANO ZAPATA DE MIRANDA LEITÃO		
Sentença	Tipo: Tipo B - Repetitivas e Homologatórias Decisão: Homologatória de Acordo em Audiência		
Especialização do Tipo B			
Decisão de Embargos?	<input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim		



### SENTENÇA

Dispensado o relatório nos termos do art. 38, cabeça, da Lei n.º 9.099/95.

A transação realizada pela partes atende aos requisitos do art. 104 do Código Civil de 2002 exigíveis para sua validade e homologação.

Ante o exposto, homologo, por sentença, nos termos do art. 1.º da Lei n.º 10.259/01 c/c o art. 22, parágrafo único, da Lei n.º 9.099/95, o acordo realizado pelas partes, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, observados os termos consignados no termo de audiência do anexo 44.

Tendo em vista que a sentença homologatória de acordo não se sujeita a recurso (art. 41 da Lei n.º 9.099/95), restando ela transitada em julgado nesta data, determino:

I - o devido cumprimento pelo INSS da obrigação de fazer decorrente deste acordo no prazo de 10 (dez) dias, através de intimação dirigida à APSADJ;

II - e a expedição de RPV - Requisição de Pequeno Valor ao Tribunal Regional Federal da 5.ª Região, nos termos determinado no acordo judicial, **inclusive**,



**quanto ao ressarcimento/pagamento de honorários periciais, se ali previsto.**

Ficam as partes exoneradas de qualquer condenação em honorários advocatícios e custas processuais em primeira instância, em face do disposto no art. 1.º da Lei n.º 10.259/2001 e no art. 55 da Lei n.º 9.099/95.

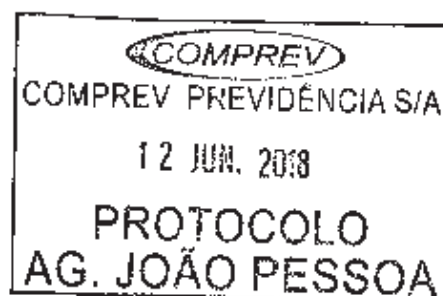
Publique-se. Registre-se. Intimem-se.

João Pessoa/PB, data supra.

Emiliano Zapata de Miranda Leitão

Juiz Federal da 13.ª Vara da SJPB

---





PODER JUDICIÁRIO

**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
 12 JUN. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## INFORMAÇÕES SOBRE ESTE DOCUMENTO NUM. 44

Nr. do Processo	0513810-51.2017.4.05.8200	Autor	ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA
Data da Inclusão	10/04/2018 15:56:41	Réu	ADJ JPS - AGÊNCIA DE DEMANDA JUDICIAL JOÃO PESSOA e outros
Usuário que Anexou	Max Medeiros Borges (Servidor)	Última alteração	Max Medeiros Borges às 10/04/2018 15:56:41

## TERMO DE AUDIÊNCIA DE INSTRUÇÃO E JULGAMENTO

Na hora designada do dia 10/04/2018, nesta cidade de João Pessoa/PB, foi feito o pregão da audiência, verificando-se presentes/ausentes:

1. Autor(a): ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA, representado por MAURICELIA FERREIRA DE LIMA (017.250.964-55)
2. Advogado(a) da Autor(a): GEOVANNI FREIRES DOS SANTOS
3. Procurador do Réu: EDSON LUCENA NERI
4. Testemunhas: VALBIANA NASCIMENTO DOS SANTOS
5. Ministério Público Federal: (ausente)

Encerrada a instrução, as partes chegaram ao seguinte ACORDO:

Número do benefício e espécie: 21/178.744.297-4 - PENSÃO POR MORTE - SEGURADO ESPECIAL

1) O INSS reconhece que a parte autora manteve união estável com o falecido desde 01/12/2007 e o direito à concessão do benefício desde 25.12.2016 (data do óbito), em relação a ANTHONY GABRIEL FERREIRA SOARES DA COSTA (CPF 145.134.374-48), filho menor impúbere do falecido segurado, e, desde 21/09/2017 (DER) em rateio com o primeiro beneficiário antes indicado, em favor de MAURICELIA FERREIRA DE LIMA (017.250.964-55), companheira do falecido segurado, sendo efetuada a implantação administrativa (DIP) com efeito a partir de 01.04.2018, com renda mensal de um salário mínimo, prazo do pagamento do benefício nos termos da legislação vigente na data do óbito e com os atrasados fixados em 80% (oitenta por cento) dos valores devidos entre os marcos temporais acima explicitados, conforme cálculo a ser realizado pela Contadoria Judicial, descontados eventuais valores recebidos a título de outro benefício incompatível com pensão por morte no período; sem juros de mora e com atualização monetária nos termos do Manual de Cálculos da Justiça Federal; renunciando a parte autora a eventuais direitos decorrentes do mesmo fato ou fundamento jurídico que deu origem à demanda;

2) O processo nº 0501564-86.2018.4.05.8200 proposto pela Sr<sup>a</sup> MAURICELIA FERREIRA DE LIMA será extinto sem resolução de mérito, face a perda superveniente de seu objeto decorrente do presente acordo judicial, o qual deve ser trasladado para aqueles autos.

3) O pagamento dos atrasados, se existentes, na forma acima, e de honorários periciais, se realizada perícia neste feito, será feito através de RPV - Requisição de Pequeno Valor, que incluirá os valores dos honorários periciais pagos pela SJPB a serem a esta ressarcidos pelo INSS.

4) As partes acordam no sentido de o INSS proceder a eventual desconto sobre o benefício ora concedido na hipótese de constatada percepção de benefício inacumulável em tempo pretérito, respeitado o percentual máximo estabelecido em Lei, bem como cancelar o presente benefício na hipótese de constatação ulterior de o autor ser beneficiário de benefício com este legalmente inacumulável, assim como no cancelamento do acordo se constatada a existência de litispendência ou coisa julgada

Ao final da instrução, determinou o (a) MM. Juiz (a) a conclusão dos autos para sentença.

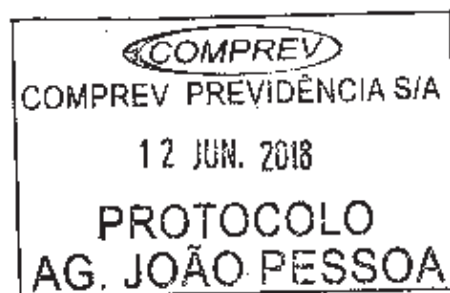
Os presentes reputam-se integralmente intimados de todos os atos praticados em audiência. Nada mais havendo, foi encerrada a audiência.  
 João Pessoa, na data supra.

10/04/2018

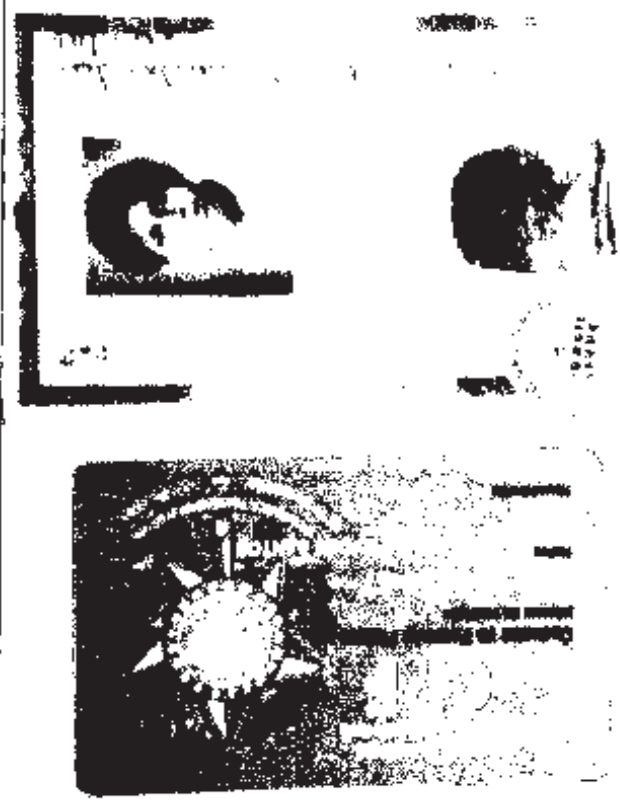
Documento 44 - 0513810-51.2017.4.05.8200T

**Emiliano Zapata de Miranda Leitão**  
**Juiz Federal da 13ª Vara da SJPB**

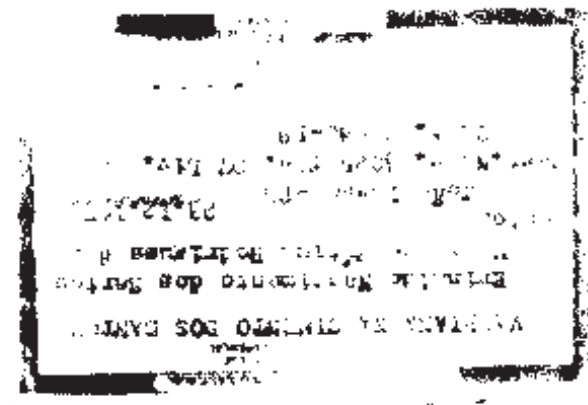
Visualizado/Impresso em 10 de Abril de 2018 às 16:40:49



COMPREV  
 COMPREV-PROVIDÊNCIA S/A  
 12 JUN. 2018  
 PROTOCCLO  
 AG. JOÃO PESSOA



TESTE MUNHA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSIÇÃO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

Nome: **JOVANNI FREIRES DOS SANTOS**

DOC. IDENTIDADE / 0000 NÚMERO: **1726630** **SEP** **PB**

CM: **024.586.224-2B** DATA DE EMISSÃO: **30/04/1977**

RENOME: **EXEDITO ERNESTINO DOS SANTOS**  
**SEVERINA FREIRES DOS SANTOS**

RENOME: **EXEDITO ERNESTINO DOS SANTOS** **SEP** **PB**

Nº VOTO: **02602552859** VÁLIDA: **11/11/2021** 1ª Realização: **11/11/2002**

Observações:

*Prescrita a validade da carteira*  
Renovada no dia 14/11/2016

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB** DATA: **14/11/2016**

*Assinatura* **75858069642**  
**PB033563023**

**JOÃO PESSOA, PB (PARANÁ)**

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1404140275

PROTEÇÃO PLÁSTICA  
1404140275

TESTE MUNHA

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
12 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**À SEGURADORA LÍDER**

**NÚMERO DO SINISTRO: 3180268388**

**VÍTIMA: FABIANO SOARES DA COSTA**

**DATA DO ACIDENTE: 25/12/2016. COBERTURA: MORTE**

**ASSUNTO: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezados(as),

Em atenção a **Carta nº13227132**, com data de 13 de agosto de 2018, informando sobre a necessidade de regularizar a documentação apresentada, mais especificamente o Boletim de Ocorrência, que não descrevia os veículos envolvidos no acidente, a requerente tem a informar o seguinte:

Que o veículo conduzido por **FABIANO SOARES DA COSTA** era uma Cinquentinha, sem placas, pois na época de sua fabricação não havia exigência de emplacamento, e não constava o nº do chassi.

Que a referida motocicleta ficou totalmente destruída em razão do impacto causado pelo acidente e que, após alguns meses, foi vendida para a sucata. Por esse motivo, não há a possibilidade de identificar o referido veículo.

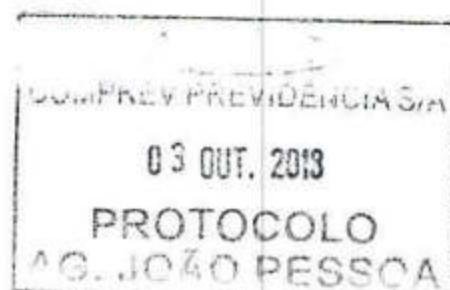
São essas as informações complementares para o procedimento referente ao Seguro DPVAT.

Espera-se que essas informações sejam suficientes para o deferimento do pedido de indenização.

Nestes termos, pede deferimento.

João Pessoa, 02 de Outubro de 2018.

*Mauricélia Ferreira de Lima*  
**MAURICÉLIA FERREIRA DE LIMA**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0208966/18

Número do Sinistro: 3180268388

Vítima: FABIANO SOARES DA COSTA

CPF: 086.187.824-83

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

Data do acidente: 25/12/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FABIANO SOARES DA COSTA

## DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018  
Nome: MAURICELIA FERREIRA DE LIMA  
CPF: 017.250.964-55

MAURICELIA FERREIRA DE LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS