



Número: **0002768-46.2019.8.17.2470**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Carpina**

Última distribuição : **07/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 23.488,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA (AUTOR)		MARISELMA ALEIXO DE MORAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59209314	13/03/2020 10:40	<a href="#">2701613_CONTESTACAO_PROTOCOLADA_01</a>	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CARPINA/PE

AUSÊNCIA DE COBERTURA

Processo n.º 00027684620198172470

**SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

### CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que sua genitora **MARIA JOSÉ CORREIA** foi vítima de acidente automobilístico ocorrido em 17/08/2018, o que acarretou no seu óbito no dia 19/08/2018.

**No presente caso, cumpre ressaltar que a parte autora recebeu administrativamente o valor de R\$6.750,00.**

Assim sendo, por entender, **equivocadamente**, que o valor da indenização corresponde ao valor máximo, ingressou com a presente ação, pleiteando o que entendem ser devido, referente ao Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT.

### PRELIMINARMENTE

### DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015<sup>[1]</sup>, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



## DA ILEGITIMIDADE "AD CAUSAM" DAS PARTES NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

Inicialmente, em que pese o autor figurar nesta demanda alegando para tanto ser o único herdeiro necessário da falecida, NÃO HÁ PROVAS HÁBEIS A ACOLHER TAL ALEGAÇÃO.

Cumprido destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil<sup>[1]</sup>.

NA HIPÓTESE VERTENTE, CONFORME EXPOSTO NA CERTIDÃO DE ÓBITO, A VÍTIMA POSSUÍA DOIS FILHOS, O AUTOR E OUTRO JÁ FALECIDO:

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RECEBIMENTO DE RECURSOS PARA PESSOAS NATURAIS

NOME: **MARIA JOSÉ CORREIA**

CPF: 398.274.704-00

MATRÍCULA: 074492 01 55 2018 4 00023 085 0003061 80

SEXO Feminino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteira, 58 anos
NATURALIDADE CARPINA-PE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº 2538862 SDS/PE	ELEITOR Sim
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filha de JOSÉ LUIZ CORREIA e de JOVELINA MARIA CORREIA. Residência da falecida: FAZENDA SOLEDADE, ZONA RURAL, Lagoa do Carro-PE		
DATA E HORA DE FALECIMENTO Dezenove de agosto de dois mil e dezoito, às 19h00min.		DIA 19
LOCAL DE FALECIMENTO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, DERBY, Recife-PE		MÊS 08
CAUSA DA MORTE POLITRAUMATISMO PRODUZIDO, POR INSTRUMENTO CONTUNDENTE		ANO 2018
SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO CEMITÉRIO DE LAGOA DO CARRO - PE		DECLARANTE DEYSSON BEJAMIM CORREIA, nacionalidade BRASILEIRA, RG nº 6921672 SDS PE, CPF/MF nº 063.672.674-93, profissão AGRICULTOR, estado civil solteiro, residente FAZENDA SOLEDADE, ZONA RURAL LAGOA DO CARRO PE, filho da falecida
NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO Dra. LUCIANA MARIA OLIVEIRA DE OLIVEIRA BORGES CRM 11106/PE		
AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCE Deixou bens, não deixou testamento, deixou dois filhos maiores sendo um falecido. Digitado por Thiago Victor - Guia:0009513082: ATO GRATUITO.		
ANOTAÇÕES DE CADASTRO RG nº 2538862 SDS/PE emitido em 23/11/2015, CPF nº 398.274.704-00, Título de eleitor nº 009912270841 zona 20 seção 214 da cidade de Lagoa do Carro-PE emitido em 27/09/2017, CTPS nº 23223 Série 00010-PE emitido em 30/01/2009 * As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.		

Nome do Oficial  
Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial Registrador  
Mariane Paes Gonçalves de Souza  
Município/UF  
Lagoa do Carro-PE  
Endereço  
Rua Janilson Correia de Melo  
"Selo: 0074492.DBM10201801.00398  
Consulte autenticidade em  
www.tjpe.jus.br/selodigital"

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Lagoa do Carro-PE, 6 de novembro de 2018.

Thiago Victor de Souza F. Ribeiro  
escrevente

Thiago Victor de Souza F. Ribeiro  
Escrevente

[1] "Art. 4º: A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil. (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)".

Desta forma, importante colacionar o artigo do código civil que dispõe sobre o direito de representação de herdeiros de pessoa pré-morta:

*“Art. 1851. Dá-se o direito de representação, quando a lei chama certos parentes do falecido a suceder em todos os direitos, em que ele sucederia, se vivo fosse.”*

**Desta forma, conclui-se que o autor não se enquadra como único beneficiário da vítima haja vista que a mesma possuía um filho já falecido (pré-morto), havendo, assim, aos seus herdeiros o direito de representação.**

**ASSIM, IDENTIFICAMOS QUE O AUTOR PLEITEIA A INTEGRALIDADE DA INDENIZAÇÃO, TODAVIA, CONFORME JÁ SALIENTADO, O MESMO NÃO É O ÚNICO BENEFICIÁRIO DA VÍTIMA. ASSIM, NECESSÁRIA SE FAZ A ANÁLISE QUANTO A LEGITIMIDADE DOS BENEFICIÁRIOS.**

Assim, deve-se verificar quanto a real qualidade de beneficiários dos Autores, para que no futuro a Ré, ou qualquer outra Sociedade Seguradora participante do “pool do Convênio DPVAT, não seja compelida a efetuar outro pagamento a possível beneficiário que possa surgir.

**DESTA FORMA, ANTE A AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO DO AUTOR PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO EM SUA TOTALIDADE, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.**

#### **CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

**(AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML / BOLETIM DE OCORRÊNCIA E BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO).**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize pelo suposto falecimento de seu ente no acidente noticiado.

**A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTURAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.**

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos, quais sejam:

*“Art. 5º(...)*

*§1º(...)*

*a) Certidão de óbito, registro da ocorrência policial competente e a qualidade de beneficiários no caso de morte;*

**§3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecido diretamente pelo Instituto Médico Legal, independente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
www.joaobarbosaadvass.com.br



Ademais, o artigo 5º da Resolução CNSP nº 07/97, repetindo praticamente o que dispõe a lei, assim disciplina:

***“Caso seja detectada falha de ordem formal em um dos documentos mencionados nos artigos 2º e 4º, ou a existência de indícios de fraude, deverá a seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da documentação, notificar o interessado com ‘aviso de recebimento’, solicitando os documentos ou esclarecimentos necessários à elucidação do assunto.”***

Constata-se que não há nos autos o Laudo do Instituto Médico Legal certificando, com a exatidão que a lei determina a *causa mortis* da vítima como sendo oriunda de acidente automobilístico noticiado.

Ademais, também não foi apresentado boletim de ocorrência comprovando que a morte decorreu do acidente alegado, documento este imprescindível para comprovar a existência de nexo causal entre o sinistro e o falecimento da vítima.

Essa prova documental incumbe à parte Autora, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

**Dessa forma, como não há boletim de ocorrência do suposto acidente que ocasionou a morte da vítima nem boletim de atendimento médico após o acidente, não poderia a parte autora pleitear indenização a título de seguro obrigatório, DPVAT pelo falecimento de seu ente querido, ainda, que lhe tenha causado dor, pois o seguro DPVAT tem requisitos legais a serem obedecidos os quais são alegados ao longo da peça processual que ora se apresenta.**

#### **DO MÉRITO**


##### **DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela Autora é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a morte e o acidente noticiado.

**EXA., APESAR DA PARTE AUTORA TER JUNTADO A CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO FICOU COMPROVADO ATRAVÉS DOS DEMAIS DOCUMENTOS TRAZIDOS PELO AUTOR QUE A MORTE DA VÍTIMA TENHA DECORRIDO DO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO:**



Certidão de Óbito

  
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
**CERTIDÃO DE ÓBITO**  
 NOME: **MARIA JOSÉ CORREIA**

CPF  
398.274.704-00

**MATRÍCULA:**  
074492 01 55 2018 4 00023 085 0003061 80

SEXO Feminino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteira, 58 anos
------------------	--------------	---

NATURALIDADE CARPINA-PE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº 2538862 SDS/PE	ELEITOR Sim
----------------------------	--	----------------

**FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA**  
Filha de JOSÉ LUZ CORREIA e de JOVELINA MARIA CORREIA. Residência da falecida: FAZENDA SOLEDADE, ZONA RURAL, Lagoa do Carro-PE

<b>DATA E HORA DE FALECIMENTO</b> Dezenove de agosto de dois mil e dezoito, às 19h00min.	DIA 08	MÊS 08	ANO 2018
---	-----------	-----------	-------------

**LOCAL DE FALECIMENTO**  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, DERBY, Recife-PE

**CAUSA DA MORTE**  
POLITRAUMATISMO PRODUZIDO, POR INSTRUMENTO CONTUNDENTE

<b>SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO</b> CEMITÉRIO DE LAGOA DO CARRO - PE	<b>DECLARANTE</b> DEYSSON BEJAMIM CORREIA, nacionalidade BRASILEIRA, RG nº 6921672 SDS PE, CPF/MF nº 063.672.874-93, profissão AGRICULTOR, estado civil solteiro, residente FAZENDA SOLEDADE, ZONA RURAL LAGOA DO CARRO PE, filho da falecida
--	--


**NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO**  
Dra. LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES, CRM 11106/PE


**AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCE**  
Deixou bens, não deixou testamento, deixou dois filhos maiores sendo um falecido.  
Digitado por Thiago Victor - Guia:0009513082: ATO GRATUITO.

**ANOTAÇÕES DE CADASTRO**  
RG nº 2538862 SDS/SDS/PE emitido em 23/11/2015, CPF nº 398.274.704-00, Título de eleitor nº 009912270841 zona 20 seção 214 da cidade de Lagoa do Carro-PE emitido em 27/06/2017, CTPS nº 23223 Série 00010-PE emitido em 30/01/2009  
\* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

**Nome do Oficial**  
Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial Registrador  
Mariane Paes Gonçalves de Souza  
Município/UF  
Lagoa do Carro-PE  
Endereço  
Rua Janilson Correia de Melo  
"Selo: 0074492.DBM10201801.00398  
Consulte autenticidade em  
www.tjpe.jus.br/selodigital"

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Lagoa do Carro-PE, 6 de novembro de 2018.

  
 Thiago Victor de Souza F. Ribeiro  
 Escrevente

  
 Cartório de Lagoa do Carro

AAB 447499

CONFORME JÁ INFORMADO ACIMA, ALÉM DA PARTE AUTORA DEIXAR DE APRESENTAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE ALEGADO, TAMBÉM DEIXA DE APRESENTAR DOCUMENTOS DE ATENDIMENTO MÉDICO DO DIA DO ACIDENTE, 17/08/2018.

CUMPRE-SE RESSALTAR AINDA QUE A PARTE AUTORA NÃO JUNTOU NENHUM DOCUMENTO CONTEMPORÂNEO AO SINISTRO, DEIXANDO AINDA DE APRESENTAR A CERTIDÃO DO AUTO DE NECROPSIA / LAUDO CADAVERÍCO.



**Ademais, a parte autora informa que o suposto acidente ocorreu no dia 17/08/2018, vindo a vítima a falecer no dia 19/08/2018, todavia, não comprova atendimento médico pertencente ao lapso temporal correspondente.**

**Perceba ainda, que não houve a juntada de toda documentação médica que comprove o nexo de causalidade e o lapso temporal entre a suposta data do acidente informada, dia 20/05/2018, e a morte da vítima, ocorrida em 29/05/2018.**

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

No caso em apreço, não obstante dispensável a verificação do elemento culpa, mormente por se tratar de um seguro cuja responsabilidade é objetiva, é imprescindível a verificação de nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e o dano fatal, sob pena de inviabilizar a indenização prevista na Lei 6194/74.

**DESTARTE, COMO NÃO HÁ COMPROVAÇÃO CABAL DO NEXO CAUSALIDADE ENTRE A MORTE E O SUPOSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.**

#### **DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07**

#### **ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74**

Cumprе salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que a autora possa receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar a qualidade de única beneficiária.

#### **DA FALTA DE CARACTERIZAÇÃO DO DANO MORAL**

No instituto da responsabilidade civil, a obrigação de indenizar está diretamente vinculada à comprovação real do dano, como regra mínima de convivência, o que não se verifica no caso em concreto.

Em que pese à parte autora alegar que faria ainda *jus* ao recebimento de indenização por danos morais, não há nos autos qualquer prova de que a parte autora ter sido acometida de abalo capaz de justificar a formulação do pedido de danos morais, o que dificulta até mesmo a formulação da defesa.

Nesse passo, à guisa de ilustração, faz-se remissão à lição do mestre CAIO MÁRIO DA SILVA PEREIRA, sobre o dano hipotético<sup>[9]</sup>.





Ainda que ilícito houvesse nem assim poderia a parte autora pretender indenizações, pela evidência de que suas consequências, no caso, não tiveram magnitude suficiente para caracterizar tecnicamente dano moral, conforme os precedentes pátrios<sup>[10]</sup>.

De fato, sentimentos como descontentamento, aborrecimento e inconformismo não podem ser confundidos com o dano moral.

Entendimento contrário ao aqui defendido implicaria inferir que, doravante, o vencido sempre terá de indenizar ao outro litigante um “dano moral” que o mesmo sofrera à conta do simples “transtorno” de haver utilizado a via judicial com vistas à satisfação do seu direito! Enfim, o dano moral seria uma consequência “direta” do inadimplemento da dívida e da propositura de uma ação judicial tencionando cobrá-la!

A Ré não praticou ofensa de qualquer gravidade e repercussão capaz de caracterizar o dano moral, que não basta ser alegado; precisa ser provado e comprovado.

Desta forma, a parte autora não faz jus a dano moral, conforme acima exposto.

#### **DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA**

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de Justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação<sup>6</sup>.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

#### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

#### **CONCLUSÃO**

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

**Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.





Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, o dia que o mesmo ocorreu, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela e qual valor;

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome da patrona **DRA. RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO, OAB-PE 25393**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

RECIFE, 3 de março de 2020.

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**30225 - OAB/PE**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



## SUBSTABELECIMENTO

**JOÃO ALVES BARBOSA FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PE 4246, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**, inscrito na OAB/PE sob o nº 30225, com escritório na RUA 48, 138 - ESPINHEIRO - RECIFE - PE - CEP: 52020-060, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA**, em curso perante a **3ª VARA CÍVEL** da comarca de **CARPINA**, nos autos do Processo nº 00027684620198172470.

Rio de Janeiro, 3 de março de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PE 4246

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)





Número: **0002768-46.2019.8.17.2470**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Comarca de Carpina**

Última distribuição : **07/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 23.488,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA (AUTOR)		MARISELMA ALEIXO DE MORAES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
59209323	13/03/2020 10:40	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)

certidão de nascimento



PAGINA

REPÚBLICA



DO BRASIL

## NASCIMENTO N.º

CERTIFICO que às folhas 2851 do livro N.º 29, do Registro de Nascimento foi feito hoje, o assento de DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA.

nascido 0 aos 16 desesseis de Junho de mil novecentos e Oitenta e quatro (1984), às 3 horas e 50 minutos em no Hospital Tricentenário de Cuiabá do Estado de Mato Grosso do sexo Masculino de cor Morena.

filho de Derivaldo Benjamin de Oliveira natural Deste Estado.

e de Dona Maria José Correia natural Deste Estado.

São avós paternos Nestor Benjamin de Oliveira

e Dona Ana Maria de Oliveira

e avós maternos José Luiz Correa

e Dona Jovelina Maria Correa

Foi declarante O Pai

e serviram de testemunhas Edmilso Soares de Lemos

e Raúl Ribeiro de Lemos

Observações :

O referido é verdade e dou fé

Lagon do Carro

19

Junho

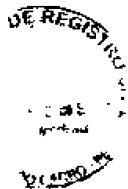
de

de 19 85

Borley de Almeida  
OFICIAL



Certidão de Óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**  
NOME: **MARIA JOSÉ CORREIA**

CPF  
398.274.704-00

## MATRÍCULA:

074492 01 55 2018 4 00023 085 0003061 80

SEXO Feminino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Solteira, 58 anos
NATURALIDADE CARPINA-PE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº 2538862 SDS/PE	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA  
Filha de JOSÉ LUIZ CORREIA e de JOVELINA MARIA CORREIA. Residência da falecida: FAZENDA SOLEDADE, ZONA RURAL, Lagoa do Carro-PE

DATA E HORA DE FALECIMENTO Dezenove de agosto de dois mil e dezoito, às 19h00min.	DIA 19	MÊS 08	ANO 2018
--	-----------	-----------	-------------

LOCAL DE FALECIMENTO  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, DERBY, Recife-PE

CAUSA DA MORTE  
POLITRAUMATISMO PRODUZIDO, POR INSTRUMENTO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO CEMITÉRIO DE LAGOA DO CARRO - PE	DECLARANTE DEYKISSON BENJAMIM CORREIA, nacionalidade BRASILEIRA, RG nº 8921672 SDS PE, CPF/MF nº 063.672.674-93, profissão AGRICULTOR, estado civil solteiro, residente FAZENDA SOLEDADE, ZONA RURAL LAGOA DO CARRO PE, filho da falecida
---	--

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO  
Dra. LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES, CRM 11106/PE

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES A AGREGAR  
Deixou bens, não deixou testamento, deixou dois filhos maiores sendo um falecido.  
Digitado por Thiago Victor - Guia:0009513082; ATO GRATUITO.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO  
RG nº 2538862 SEDS/SDS/PE emitido em 23/11/2016, CPF nº 398.274.704-00, Título de eleitor nº 009812270841 zona 20 seção 214 da cidade de Lagoa do Carro-PE emitido em 27/06/2017, CTPS nº 23223 Série 00010-PE emitido em 30/01/2009  
\* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício  
Registro Civil das Pessoas Naturais  
Oficial Registrador  
Mariana Paes Gonçalves de Souza  
Município/UF  
Lagoa do Carro-PE  
Endereço  
Rua Janilson Correia de Melo  
"Selo: 0074492.DSM10201801.00398  
Consulte autenticidade em  
www.tjpe.jus.br/selodigital"

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Lagoa do Carro-PE, 6 de novembro de 2018.

*Thiago Victor de S.F. Ribeiro*  
escrevente



AAB 447499

## Comprovação de ato declarado



EXAME NEUROLÓGICO				NATUREZA DA LESÃO	
<b>Avaliação Primária</b> <input type="checkbox"/> Alerta <input checked="" type="checkbox"/> Resposta Verbal <input type="checkbox"/> Resp. estímulos Dolor <input type="checkbox"/> Irresponsivo		<b>Sinais de Def. Cerebral</b> <input type="checkbox"/> Déficit Motor <input type="checkbox"/> Desvio da Comissura Labial <input type="checkbox"/> Dificuldade de Fala		<b>Avaliação das Pupilas</b> <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Miose	
				<input type="checkbox"/> Lesões Intra-abdominais <input type="checkbox"/> Lesões Intra-torácicas <input type="checkbox"/> Presença/Sangue <b>Fratura - Ossos Longos</b> <input type="checkbox"/> Aberta <input type="checkbox"/> Fechada	
ESCALA DE GLASGOW					
Abertura Ocular		Resposta Verbal		Resposta Motora	
Abertura Ocular Espontânea	4	Orientado	5	Obedece Comando	6
Abertura Ocular à Voz	3	<input checked="" type="checkbox"/> Confuso	4	<input checked="" type="checkbox"/> Localiza Estímulos Dolorosos	5
Abertura Ocular à Dor	2	Resposta Inapropriada	3	Retirada ao Estímulo Doloroso	4
Sem Abertura Ocular	1	Sons Ininteligíveis	2	Flexão Anormal (Decorticação)	3
		Sem resposta Verbal	1	Extensão Anormal (Decerebração)	2
				Sem Resposta Motora	1
Total de Pontos: <span style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 50px; text-align: center;">11</span>					
CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO					
<input type="checkbox"/> Aspiração de Sangue e Secreção <input type="checkbox"/> Entubação Orotraqueal <input type="checkbox"/> Imobilização de Coluna Cervical <input checked="" type="checkbox"/> Infusão de Fluidos <input type="checkbox"/> Reanimação Cardiopulmonar <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de Membros		<b>Ventilação Mecânica</b> Modalidade: _____ FIO <sub>2</sub> : _____ <b>Adaptação Ventilação</b> <input type="checkbox"/> Bem <input type="checkbox"/> Mal		Outras Condutas: _____ Intercorrências: _____	
O <sub>2</sub> : <input type="checkbox"/> Catéter <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> Venturi _____ % <input type="checkbox"/> Másc. o/ Reservatório					
USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS					
<input checked="" type="checkbox"/> Alcool <input type="checkbox"/> Anfetamina <input type="checkbox"/> Cocaína <input type="checkbox"/> Cola <input type="checkbox"/> Crack <input type="checkbox"/> Maconha <input type="checkbox"/> _____					
Informante: <input type="checkbox"/> A própria Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Outros - Especificar _____					
<input type="checkbox"/> Alteração de Humor <input type="checkbox"/> Alteração na marcha		<input type="checkbox"/> Agitado/Irritado <input type="checkbox"/> Agressivo		<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado <input checked="" type="checkbox"/> Hábito Alcoólico <input type="checkbox"/> Inconsciente <input type="checkbox"/> Sonolento	
Referente a ingestão de bebida alcoólica há: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">± 1 h</span>					
CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO					
Hospital para onde o paciente foi encaminhado: _____				<input type="checkbox"/> Maca Retida na Unidade Hospitalar <input type="checkbox"/> Orientação para o Ambulatório <input type="checkbox"/> Óbito Antes do Atendimento <input type="checkbox"/> Óbito durante o Atendimento <input type="checkbox"/> Prancha Retida <input type="checkbox"/> Removido Antes do Atendimento	
Registro do hospital: _____ Médico que Recebeu: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rafael A. Mello</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rafael A. Mello</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">CRM 23.703</span>					
Assinatura do Médico Responsável: _____					
EQUIPE					
Médico Regulador: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Dr. Fabiana</span>		Médico Assistente: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Carla Augusto de Almeida</span>			
Enfermeira: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Nádia</span>		Socorrista: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Carla Augusto de Almeida</span>			
Condutor/Piloto: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Nádia</span>		Op. de Freta/OEE: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">Rafael A. Mello</span>			
Função do responsável pelo preenchimento: _____ Ass.: _____					
SOLICITOU APOIO DA UTI <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
Observação: _____					
EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE					
O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica					
Ass.: _____					





174

Prefeitura  
Municipal de  
Nazaré da Mata

Salida do hospital: \_\_\_\_\_  
Hora da conclusão: \_\_\_\_\_

## FICHA DE ATENDIMENTO

Data da Solicitação: 17.08.18 Distrito: \_\_\_\_\_ Número da Ocorrência: 515077  
Motivo da Solicitação: \_\_\_\_\_ ☐ UTI ☒ Básica ☐ Helicóptero

☒ VIA PÚBLICA ☐ DOMICÍLIO ☐ EVENTOS ☐ OBSTÉTRICOS  
☐ Clínico ☐ Clínico ☐ HANGAR ☐ PSIQUIÁTRICO  
☒ Causas Externas ☐ Causas Externas ☐ METROPOLITANO ☐ TROTES/CANCELADAS  
☒ REMOÇÃO - Senha 5412789

## IDENTIFICAÇÃO

Paciente: Maria Gore Pereira Idade: 57 anos  
Sexo: ☐ Masc. ☒ Fem. Profissão: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Ind: R: Maria de fatima Bairro: Centro  
Solicitante: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
Ind. Ocor: PE 80 Bairro: \_\_\_\_\_  
Referência: Prox. a fábrica da ITAIPAVA

## CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acid. Automóvel	Acid. Motocicleta	Atropetamento	Mecan. do Trauma
<input type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Motociclista	<input checked="" type="checkbox"/> Via Pública	<input type="checkbox"/> Capotamento
<input type="checkbox"/> Passageiro/Frente	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Calçada	<input type="checkbox"/> Ejeção
<input type="checkbox"/> Passageiro/Trás		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Impacto frontal
Uso do Cinto	Uso do Capacete		<input type="checkbox"/> Impacto lateral
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Impacto traseiro
Acid. Trânsito	Acid. Ciclística	Intoxicação	Exposições
<input type="checkbox"/> Carro ou Moto	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> An. Peçonhento	<input type="checkbox"/> Choque Elétrico
<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Queda	<input type="checkbox"/> Exógeno	<input type="checkbox"/> Fogo
<input type="checkbox"/> Caminhão	<input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> ( ) 1º ( ) 2º ( ) 3º
Placa:		Agente causador	<input type="checkbox"/> Fumaça
			<input type="checkbox"/> Subst. Química
Asfixia	Queda	Agressões	
<input type="checkbox"/> Semi-afogamento	<input type="checkbox"/> Própria altura	<input type="checkbox"/> Arma de fogo	
<input type="checkbox"/> Soterramento	<input type="checkbox"/> Outra altura	<input type="checkbox"/> Tipo _____	
<input type="checkbox"/> Engasgo	Aproximadamente _____ metros	<input type="checkbox"/> Arma branca	
<input type="checkbox"/> Outros		Tipo _____	<input type="checkbox"/> Agressão Física
			<input type="checkbox"/> Maus tratos
			<input type="checkbox"/> Abuso sexual

## CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica atual: Lesão em face + Fratura em M.E

## Hítese Diagnóstica Conhecida:

## HISTÓRIA CLÍNICA:

Temperatura: 36,9 Glicemia(HGT): 230 ☐ Agitação Psicomotora ☐ Sudorese ☐ Gemido/Estridor  
☐ Desidratação ☐ Satimento Asa Nariz ☐ Obst. V. Aéreas  
Tas aéreas: 20,97 ☒ Lesões de Face ☐ Cianose ☐ Retratação Xifóide  
☐ Ictérico ☐ Deformidade Tórax ☐ Sibilos Expiratórios  
RN: 35-50 RN: 120-160 ☐ Pele/pele ☐ Dispneia ☐ Tiragem Inter  
Ad: 16-20 Ad: 60-110 ☐ Cor da pele Normal ☐ Distócia fala/choro ☐ Circulação PA





# 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: 26/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01242

CONTA: 000000075970-9

---

Nr. da Autenticação E0DD47CB7CE0F008



Comprovante de residência



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.437, de 24/04/02  
**NOTA FISCAL - FATORA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
 Companhia Energética de Pernambuco  
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
 CNPJ 10.835.832/0001-05 | Insc. Est. 002294-43 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
**VANDERLI MARIA DE SOUZA**

CPF: 045.029.174-00 NIS: 10643000872

**CLASSIFICAÇÃO**  
 B1: RESIDENCIAL  
 BADIKA RENDAS COM MS  
 Monofásico

Nº DA FISCAL	SERIE	EPISÓDIO
072328395	UNICA	28/08/2018
Nº DO CLIENTE	Nº DA RESERVAÇÃO	
28/08/2018	2002810204	1835057

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
 LO JOSE FERNANDO LOBO 75

**LOTIO JOSE FERNANDO LOBO LAGOA DO CARRO PE**  
 55820-000

CONTA CONTINUA	PERÍODO
4010452280	06/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
05/07/2018	30/07/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	13,65

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	20,00000000	0,18450015	5,53
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	12,00000000	0,21630141	5,05
Acrescimo Tarifário VERVAELINA			0,25
Contribuição Iluminação Pública			2,10

**TOTAL DA FATURA**

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL		ATUAL	DE	CONSTANTE	DE	DE	DE	DE	DE
PERÍODO	Tipo da Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
21/08/2018	CA1	20/08/2018	3027,00	20/08/2018	3073,00	20/08/2018	3073,00	20/08/2018	3073,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE PAGAMENTO		VALOR DO MÊS		VALOR DO ANO		VALOR DO TOTAL	
PERÍODO	Tipo da Função	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
21/08/2018	CA1	20/08/2018	3027,00	20/08/2018	3073,00	20/08/2018	3073,00	20/08/2018	3073,00

**ATENÇÃO A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO**

Valor do mês: 13,65 R\$

Valor do ano: 13,65 R\$

Valor do total: 13,65 R\$

Edson Ferreira da Silva  
PMOC : 2013.0581.003574



**compliance**



• Tarifa Social de Energia Eléctrica: Onda pta. del 10.03% de 2004/05

**NOTA FISCAL - FACTURA - CONTRATO DE ENERGIA ELÉCTRICA**

Compañía Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Pólo Vert. - Rm. 14, Pernambuco - CEP: 50051-002  
CNPJ: 10.835.920/0001-08 | Insc. Est.: 00090834-03 | [www.cepisa.com.br](http://www.cepisa.com.br)

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

**CLASSIFICAÇÃO**

81 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

011582434	UNICA	700027110
21000000000	10000000000	10000000000
700027110	70000000000	10000000000

**CALCULO DO VALOR DA UNIDADE DE CONSUMIDOR**

LO JOSE FERNANDO LOBO 25

LETO JOSE FERNANDO LAGOA DO  
LAGOA DO CARRO PE  
55820-000

LAJAHADRA 2000  
55820-000

CENTRO COMUNITARIO

7029456957

02/2019

DATA DE VENCIMENTO

08/03/2019

28/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

35,43

Condomínio AcquaVivanti  
 Controlo Geral Pública Municipal  
 ICMS Subvenção CODE - NF 005076520-2813718

DATE	DESCRIPTION	AMOUNT	BALANCE
10/1/78	10/1/78	10.00	10.00
10/2/78	10/2/78	10.00	20.00
10/3/78	10/3/78	10.00	30.00
10/4/78	10/4/78	10.00	40.00
10/5/78	10/5/78	10.00	50.00
10/6/78	10/6/78	10.00	60.00
10/7/78	10/7/78	10.00	70.00
10/8/78	10/8/78	10.00	80.00
10/9/78	10/9/78	10.00	90.00
10/10/78	10/10/78	10.00	100.00
10/11/78	10/11/78	10.00	110.00
10/12/78	10/12/78	10.00	120.00
10/13/78	10/13/78	10.00	130.00
10/14/78	10/14/78	10.00	140.00
10/15/78	10/15/78	10.00	150.00
10/16/78	10/16/78	10.00	160.00
10/17/78	10/17/78	10.00	170.00
10/18/78	10/18/78	10.00	180.00
10/19/78	10/19/78	10.00	190.00
10/20/78	10/20/78	10.00	200.00
10/21/78	10/21/78	10.00	210.00
10/22/78	10/22/78	10.00	220.00
10/23/78	10/23/78	10.00	230.00
10/24/78	10/24/78	10.00	240.00
10/25/78	10/25/78	10.00	250.00
10/26/78	10/26/78	10.00	260.00
10/27/78	10/27/78	10.00	270.00
10/28/78	10/28/78	10.00	280.00
10/29/78	10/29/78	10.00	290.00
10/30/78	10/30/78	10.00	300.00
10/31/78	10/31/78	10.00	310.00
11/1/78	11/1/78	10.00	320.00
11/2/78	11/2/78	10.00	330.00
11/3/78	11/3/78	10.00	340.00
11/4/78	11/4/78	10.00	350.00
11/5/78	11/5/78	10.00	360.00
11/6/78	11/6/78	10.00	370.00
11/7/78	11/7/78	10.00	380.00
11/8/78	11/8/78	10.00	390.00
11/9/78	11/9/78	10.00	400.00
11/10/78	11/10/78	10.00	410.00
11/11/78	11/11/78	10.00	420.00
11/12/78	11/12/78	10.00	430.00
11/13/78	11/13/78	10.00	440.00
11/14/78	11/14/78	10.00	450.00
11/15/78	11/15/78	10.00	460.00
11/16/78	11/16/78	10.00	470.00
11/17/78	11/17/78	10.00	480.00
11/18/78	11/18/78	10.00	490.00
11/19/78	11/19/78	10.00	500.00
11/20/78	11/20/78	10.00	510.00
11/21/78	11/21/78	10.00	520.00
11/22/78	11/22/78	10.00	530.00
11/23/78	11/23/78	10.00	540.00
11/24/78	11/24/78	10.00	550.00
11/25/78	11/25/78	10.00	560.00
11/26/78	11/26/78	10.00	570.00
11/27/78	11/27/78	10.00	580.00
11/28/78	11/28/78	10.00	590.00
11/29/78	11/29/78	10.00	600.00
11/30/78	11/30/78	10.00	610.00
12/1/78	12/1/78	10.00	620.00
12/2/78	12/2/78	10.00	630.00
12/3/78	12/3/78	10.00	640.00
12/4/78	12/4/78	10.00	650.00
12/5/78	12/5/78	10.00	660.00
12/6/78	12/6/78	10.00	670.00
12/7/78	12/7/78	10.00	680.00
12/8/78	12/8/78	10.00	690.00
12/9/78	12/9/78	10.00	700.00
12/10/78	12/10/78	10.00	71

TOTAL DEFENSE

RECEIVED BY THE DIRECTOR, FBI

DEMONSTRATION OF CHANGES									
NO. OF MEMBERS	TWO-DA PERIOD	ANTERIOR		LATER		NO. OF CHGS.	COMPARISON	ANALYSIS	COMPARISON
		DATA	LETTERS	DATA	LETTERS				
21-11-10	CAT	200-000	3-1-10	24-000	1-1-10	70	1-000		25-00

HISTORICAL RECORD OF CENSUS DATA		HISTORICAL RECORD OF CENSUS DATA		HISTORICAL RECORD OF CENSUS DATA	
DATE	NAME	AGE	SEX	EDUCATION	EMPLOYMENT
1950	JOHN DOE	25	M	HS	Farmer
1960	JANE DOE	20	F	HS	Homemaker
1970	JOHN DOE	35	M	HS	Farmer
1980	JANE DOE	30	F	HS	Homemaker
1990	JOHN DOE	45	M	HS	Farmer
2000	JANE DOE	40	F	HS	Homemaker
2010	JOHN DOE	55	M	HS	Farmer
2020	JANE DOE	50	F	HS	Homemaker

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

For each of the following, indicate whether it is a primary or secondary source. If it is a secondary source, indicate whether it is a tertiary source. If it is a tertiary source, indicate whether it is a quaternary source.

**RECEBIMOS DE** R\$ 100,00

**DE** R\$ 100,00

**PARA** R\$ 100,00

**EM** R\$ 100,00

**DATA** R\$ 100,00

**VALOR** R\$ 100,00

**NUMERO** R\$ 100,00

**ASSINATURA** R\$ 100,00

**RECEBIMOS DE** R\$ 100,00

**DE** R\$ 100,00

**PARA** R\$ 100,00

**EM** R\$ 100,00

**DATA** R\$ 100,00

**VALOR** R\$ 100,00

**NUMERO** R\$ 100,00

**ASSINATURA** R\$ 100,00

Endereço atualizado em  
nome de Deykson





Terça Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 16/04/02

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Deus, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50065-902  
CNPJ 10.835.232/0001-05 | Ins. Est. 0005943-99 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
AURINEIDE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
LOJAS MARIA DOLORES 20 - PR-

CPF 036.119.164-85 NIS 20055647255

LACERDAO E ALBUQUERQUE LTDA  
LACERDAO E ALBUQUERQUE  
555-20-1100

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA TENSÃO COMUM

CONTA CONTRATO	PERÍODO
7029033411	01/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
01/02/2019	22/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	53,09

DATA NOTA FISCAL	PERÍODO	PERÍODO
04/03/2018	1ª L	25/01/2018
APRESENTAÇÃO	PERÍODO	PERÍODO
25/01/2018	20/01/2018	21/01/2018

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Consumo Mensal de kWh	21.000.000	0,19399318	4.073,86
Consumo Mensal Superior a 30 kWh 100 kWh	71.000.000	0,31010261	22.017,18
Consumo Mensal Superior a 100 kWh 220 kWh	39.000.000	3,18511560	124.210,11
Consumo Mensal Superior a 220 kWh			7.51
Consumo Mensal Superior a 220 kWh			0,89
Consumo Mensal Superior a 220 kWh			0,20
Consumo Mensal Superior a 220 kWh			0,10

TOTAL DA FATURA 53,09

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO NESTA NOTA FISCAL	PERÍODO	PERÍODO
PERÍODO	DATA	DATA
20/01/2018	21/01/2018	21/01/2018

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO
PERÍODO	DATA	DATA
20/01/2018	21/01/2018	21/01/2018

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

PERÍODO

DATA

DATA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO
PERÍODO	DATA	DATA
20/01/2018	21/01/2018	21/01/2018

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO
PERÍODO	DATA	DATA
20/01/2018	21/01/2018	21/01/2018

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO	DEMONSTRATIVO DE CONSUMO
PERÍODO	DATA	DATA
20/01/2018	21/01/2018	21/01/2018

Daykson

Endereço atualizado





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438 de 2004 (L12)  
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50055-002  
CNPJ 15.835.832/0001-40 | Insc. Est. 0005841-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
DEYKISSON BENJAMIM CORREIA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
LO JOSE FERNANDO LOBO LAGOA DO  
LAGOA DO CARRO PE  
55820-000

CPF: 063.672.874-93  
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Nº DA NOTA FISCAL: 7022858957  
Nº DE CONTADOR: 28042018  
Nº DE TENSÃO: 220V  
Nº DE FASE: 1F  
Nº DE TENSÃO: 220V  
Nº DE FASE: 1F

CONTA CONTRATO: 11  
MÊS: 04/2019  
DATA DE EMISSÃO: 07/05/2019  
DATA DE VENCIMENTO: 28/05/2019  
VALOR TOTAL: 50,45

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (KWh)	58,000000	0,71485570	41,70
Contrib. Ium. Pública Municipal			4,45
ICMS Substituição CDE-PE 053187484-2802018			0,27



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE CONTADOR	AJUSTE
214187702	CA1	21/03/2018	3.514,00	28/04/2018	1.573,00	11	1.0000

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TENSÃO		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
MÊS	CONSUMO (KWh)	BASE	VALOR	CONSUMO	VALOR
AGO 18	58	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
SET 18	52	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
OUT 18	45	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
NOV 18	40	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
DEZ 18	35	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
JAN 19	30	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
FEB 19	25	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
MAR 19	20	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
ABR 19	15	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
MAY 19	10	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
JUN 19	5	25,00	11,42	CONSUMO	13,79
JUL 19	0	25,00	11,42	CONSUMO	13,79

INFORMAÇÕES IMPORTANTES  
No ato da leitura a leitura é realizada em Volts. Para informações e orientações sobre o consumo de energia elétrica, consulte o site da CELPE ou ligue para o 0800 00 11 111. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de interrupções de energia elétrica. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de interrupções de energia elétrica. A CELPE não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de interrupções de energia elétrica.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
TIPO	CAUSAS	VALOR	PREÇO	VALOR	TIPO	VALOR	PREÇO
INT	CAUSAS	2,74	10,62	21,34	INT	2,74	10,62
INT	CAUSAS	1,00	3,90	7,80	INT	1,00	3,90
INT	CAUSAS	2,74	10,62	21,34	INT	2,74	10,62





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: 3190168217 CPF da vítima: 398.274.704-00 Nome completo da vítima: Maria José Correia

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

Nome completo: Deukisson Benjamin Correia

Profissão: Agricultor Endereço: Rua: Duatorze

Bairro: Loteamento José Fernando da Lagoa do Carro Cidade: PE

E-mail: CEP: 55820-000

Tel. (DDD): 8197305-9964

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) OP. 013

AGÊNCIA: 1242 CONTA: 0075970 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Declaracao de unicos herdeiros

AGÊNCIA: CC (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura digital da vítima ou beneficiário com a habilitação

Local e Data:

Nome:

CPF: 063.672.874-93

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Deukisson Benjamin Correia

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

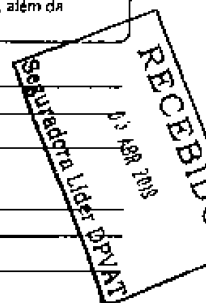
2º Nome:

CPF:

Assinatura

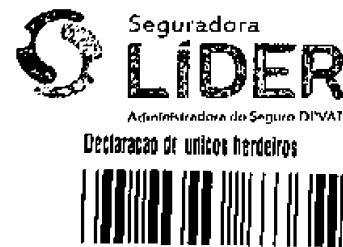
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018






Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A.  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT  
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA  
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE  
PAGAMENTO.



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios da Seguros DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Certidão de óbito  
Comprovação de ato declaratório  
Documentos de identificação  
Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento  
Certidão de nascimento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

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: 22/02/2019  
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA  
CPF: 063.672.874-93

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019  
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA  
CPF: 124.570.097-90

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

DAIANE SANTOS BARBOZA



1) Data de nascimento	2) Data do óbito	3) Sexo	4) Estado Civil	5) Nacionalidade
07/04/1960	11/03/2020	M	Casado	CELESTINA ALF.
6) Nome do falecido	7) Nome da mãe			
MARIA JOSE CORDEIRA	JOSE LUIZ CORDEIRA	JOSE LUIZ CORDEIRA		
8) Data de nascimento	9) Data do óbito	10) Sexo	11) Estado Civil	12) Nacionalidade
07/04/1960	11/03/2020	M	Casado	CELESTINA ALF.
13) Ocupação habitual	14) Ocupação atual	15) Ocupação profissional	16) Ocupação social	17) Ocupação econômica
AGRICULTORA				
18) Local de residência	19) Município de residência	20) Estado	21) CEP	22) UF
CENTRO	URUGUA DO CARRO	SP	13080-000	SP
23) Local de atendimento de saúde	24) Local de atendimento de saúde	25) Local de atendimento de saúde	26) Local de atendimento de saúde	27) Local de atendimento de saúde
H.R.				
28) Data de nascimento	29) Data do óbito	30) Sexo	31) Estado Civil	32) Nacionalidade
07/04/1960	11/03/2020	M	Casado	CELESTINA ALF.
33) Ocupação habitual	34) Ocupação atual	35) Ocupação profissional	36) Ocupação social	37) Ocupação econômica
AGRICULTORA				
38) Local de residência	39) Município de residência	40) Estado	41) CEP	42) UF
CENTRO	URUGUA DO CARRO	SP	13080-000	SP
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA CÍPTOS PETAN E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
43) Data de nascimento	44) Data do óbito	45) Sexo	46) Estado Civil	47) Nacionalidade
48) Ocupação habitual	49) Ocupação atual	50) Ocupação profissional	51) Ocupação social	52) Ocupação econômica
53) Local de residência	54) Município de residência	55) Estado	56) CEP	57) UF
CARTÃO DE REGISTRO DE MORTALIDADE				
A causa da morte				
1) Causa da morte				
2) Causa da morte				
3) Causa da morte				
4) Causa da morte				
5) Causa da morte				
6) Causa da morte				
7) Causa da morte				
8) Causa da morte				
9) Causa da morte				
10) Causa da morte				
11) Causa da morte				
12) Causa da morte				
13) Causa da morte				
14) Causa da morte				
15) Causa da morte				
16) Causa da morte				
17) Causa da morte				
18) Causa da morte				
19) Causa da morte				
20) Causa da morte				
21) Causa da morte				
22) Causa da morte				
23) Causa da morte				
24) Causa da morte				
25) Causa da morte				
26) Causa da morte				
27) Causa da morte				
28) Causa da morte				
29) Causa da morte				
30) Causa da morte				
31) Causa da morte				
32) Causa da morte				
33) Causa da morte				
34) Causa da morte				
35) Causa da morte				
36) Causa da morte				
37) Causa da morte				
38) Causa da morte				
39) Causa da morte				
40) Causa da morte				
41) Causa da morte				
42) Causa da morte				
43) Causa da morte				
44) Causa da morte				
45) Causa da morte				
46) Causa da morte				
47) Causa da morte				
48) Causa da morte				
49) Causa da morte				
50) Causa da morte				
51) Causa da morte				
52) Causa da morte				
53) Causa da morte				
54) Causa da morte				
55) Causa da morte				
56) Causa da morte				
57) Causa da morte				
58) Causa da morte				
59) Causa da morte				
60) Causa da morte				
61) Causa da morte				
62) Causa da morte				
63) Causa da morte				
64) Causa da morte				
65) Causa da morte				
66) Causa da morte				
67) Causa da morte				
68) Causa da morte				
69) Causa da morte				
70) Causa da morte				
71) Causa da morte				
72) Causa da morte				
73) Causa da morte				
74) Causa da morte				
75) Causa da morte				
76) Causa da morte				
77) Causa da morte				
78) Causa da morte				
79) Causa da morte				
80) Causa da morte				
81) Causa da morte				
82) Causa da morte				
83) Causa da morte				
84) Causa da morte				
85) Causa da morte				
86) Causa da morte				
87) Causa da morte				
88) Causa da morte				
89) Causa da morte				
90) Causa da morte				
91) Causa da morte				
92) Causa da morte				
93) Causa da morte				
94) Causa da morte				
95) Causa da morte				
96) Causa da morte				
97) Causa da morte				
98) Causa da morte				
99) Causa da morte				
100) Causa da morte				



## DEFINIÇÕES:

(De acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (10ª revisão) - CID-10)

1 - **Nascimento vivo:** É a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção o qual, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos membros. Cada produto de um nascimento que esteja ou não desprendido a placenta.

2 - **Óbito fetal:** É a morte de um produto da concepção, antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, indica o óbito o fato de o feto, depois da expulsão do corpo materno, não respirar nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos membros de contração voluntária.

3 - **Causas de morte:** As causas de morte, a serem registradas no atestado médico de óbito, são todas as doenças, estados morbidos ou lesões que produziram a morte, ou que contribuíram para ela, e as circunstâncias do acidente ou da violência que produziu essas lesões.

4 - **Causa básica de morte:** A causa básica de morte é definida como: a) a doença ou lesão que iniciou a cadeia de acontecimentos patológicos que conduziram diretamente à morte; ou b) as circunstâncias do acidente ou violência que produziram a lesão fatal.

## LEGISLAÇÃO:

(Lei 5.015, de 31 de dezembro de 1973 com a redação alterada pela Lei nº 5.216, de 1975)

## CAPÍTULO IX DO ÓBITO

Art. 77 - Nenhum sepultamento será feito sem certidão, do oficial de registro do lugar do falecimento, extraída após a lavatura do assento de óbito, em vista do atestado de médico, se houver no lugar, ou em caso contrário, de duas pessoas qualificadas que tiverem presenciado ou verificado a morte.

§ 1º Antes de proceder ao assento de óbito de criança de menos de 1 (um) ano, o oficial verificará se houve registro de nascimento, que, em caso de falta, será previamente feito.

§ 2º A certidão de cadáver somente será feita daquele que houver manifestado a vontade de ser incinerado ou no interesse da saúde pública e se o atestado de óbito houver sido firmado por 2 (dois) médicos ou por 1 (um) médico legista e, no caso de morte violenta, depois de autorizada pela autoridade judiciária.

*Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior*



GOVERNO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER.

Aviso de Ocorrência do CIOOS

Número do Boletim Ocorrência

17203340010

Dados da Ocorrência

Dados da vítima

Dados de identificação (reservado ao IML)

**Natureza**

☐ Homicídio ☐ Lesão Corporal Seg. de Morte  
☐ Latrocínio ☐ Suicídio  
☒ A Esclarecer ☐ Acidente de Trânsito  
☐ Outros Acidentes

☐ Culposo ☐ Não se aplica  
☐ Doloso

**Informações sobre a vítima:**

☐ Pedestre ☐ Condução  
☐ Condutor ☐ Passageiro  
☐ Ignorado

**Veículo onde estava a vítima:**

☐ Bicicleta ☐ Motocicleta  
☐ Ônibus ☐ Ignorado  
☐ Automóvel

**Circunstância do acidente:**

☐ Atropelamento  
☐ Capotamento  
☐ Colisão  
☐ Ignorado

**Objeto Utilizado** ☐ Arma de Fogo ☐ Arma-Branca  
☐ Outros

**Circunscrição do Fato**

**Data do Óbito** **Hora (hh:mm)** **Data do Fato** **Hora (hh:mm)** **Local Principal da Ocorrência (Via pública, bar, residência, etc.)**

17/03/2020 19:00 17/03/2020 19:00 Rua J. J. F. Silva

**Logradouro do Fato (Rua, avenida, rodovia, etc.)** **Número** **Complemento (Apt, Sala, Andar)**

Rua J. J. F. Silva

**UF** **Ponto de Referência**

PE

**Nome** **Apelido**

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

**Sexo** ☐ Masc. ☐ Desconhecido **Data de Nascimento** **Idade aparente** **Cor da Pele/Etnia**

☒ Feminino 27/03/1985

☐ Negra ☒ Parda ☐ Branca ☐ Amarela ☐ Indígena

**Assinatura**

**Assinatura**

**Assinatura**

**Responsável pelo Preenchimento**

**Delegado de Polícia (Nome)**

**Matrícula AP**

**Assinatura**

**Assinatura**

**Assinatura**

**ESTADO DE PERNAMBUCO**  
**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**

**Nº: 092592**

**NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER**



*Arrependimento  
(interior vítima/parente)*



*Mãe de Kleis Kissan  
Escameado para o  
E-mail de Dra. Marisela*

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DIRETORIA INTEGRADA DO INTERIOR 1  
GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL DO INTERIOR  
11ª DELEGACIA DE POLÍCIA SECCIONAL - GOIANA  
45ª CIRCUNSCRIÇÃO DE POLÍCIA CIVIL - CARPINA

## INQUÉRITO POLICIAL

Nº 03.011.0045.00 248 /2018-1.3

REMETIDO PELO OFÍCIO Nº \_\_\_\_\_, DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CASO AFETO À DELEGACIA DA 45ª CIRC. DE CARPINA-PE

DELEGADO(A)	ESCRIVÃO(O)
BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS	DANIELA NASCIMENTO F. SANTOS
VÍTIMA(S): MARIA JOSÉ CORREIA AUTOR(ES): JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO NATUREZA: Art. 303 do CTB	

## AUTUAÇÃO

Aos Vinte e sete dias do mês de AGOSTO do Ano de Dois Mil e Dezoito (27/08/2018), nesta Cidade de **CARPINA-PE**, no cartório desta Delegacia, autuo o APFD e as demais peças que adiante seguem, conforme determinação da Autoridade Policial. Para constar lavro este termo. Eu, \_\_\_\_\_, Escrivão de Polícia que digitei.

Rua Ernesto Pompílio, nº 111, Santo Antônio, Carpina -PE  
Fone: (81) 3622-8949



IP nº 248/18

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER-1 / GCOI-1 / 11ª DESEC - Golana - PE  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA

TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: **JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO**, RG nº 2531933 SSP/PE.

Aos **DEZESSETE** dias do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (17/08/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no **SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO**, onde presente se encontrava a **DELEGADA DE POLÍCIA - BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o(a) Sr(a): **JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO**, RG nº 2531933 SSP/PE, brasileiro(a), nascido(a) em 25/10/1964, filho(a) de José Gonçalves de Lima e Maria de Lourdes de Lima, natural de Passira/PE, residente na 9ª Travessa dos Emancipadores, nº 75, Carpina/PE. Fone: não possui. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, afirma que no dia de hoje, 17.08.2018, por volta das 10h30min, estava trafegando na PE-90, próximo a Fábrica da Itaipava, na ladeira do Juá, sentido Lagoa do Carro/PE - Carpina/PE, quando uma mulher correu na frente do veículo do declarante, uma caminhonete da marca Chevrolet LTZ FD2, ano 2013/2014, placa PGN 9013, chassi nº 9EG148LP0EC416566, cor branca, e o depoente não conseguiu frear a tempo, pois ela correu muito em cima; **QUE**, em seguida, o declarante parou o carro para socorrer a vítima, chamou o SAMU e os policiais da BPRV da PMPE; **QUE**, foi conduzido até esta Delegacia para as providências legais, onde realizou o teste etilometro, o qual deu negativo, conforme comprovante anexo; **QUE**, diz que estava voltando da cidade de Lagoa do Carro/PE, onde foi a trabalho. Fatos narrados no BO PMPE. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivã, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA: 

DEPOENTE: 

ESCRIVÃ DE POLÍCIA: 







SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER-1 / GCOI-1 / 11ª DESEC – Goiana- PE  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO – CARPINA

TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: **VALDOMIRO GONÇALVES DE LIMA**,  
RG nº 1.709.098 SSP/PE. **TESTEMUNHA.**

Aos **DEZESSETE** dias do mês de **AGOSTO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (17/08/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no **SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO**, onde presente se encontrava a **DELEGADA DE POLÍCIA – BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o(a) Sr(a): **VALDOMIRO GONÇALVES DE LIMA**, RG nº 1.709.098 SDS/PE, brasileiro(a), nascido(a) em 07/06/1958, filho(a) de José Gonçalves de Lima e Maria de Lourdes de Lima, natural de Passira/PE, residente na Mutirão Quadra D, nº 01, Lagoa do Carro/PE. Fone: não possui. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, afirma que no dia de hoje, 17.08.2018, por volta das 10h30min, estava com seu irmão, **JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO**, vindo da cidade de Lagoa do Carro/PE, onde foram a trabalho, quando uma mulher passou correndo na frente do veículo de **JOSÉ GONÇALVES**, que estava dirigindo e o depoente na cadeira do passageiro; **QUE**, estavam trafegando na PE-90, próximo a Fábrica da Itaipava, na ladeira do Juá, em uma caminhonete da marca Chevrolet LTZ FD2, ano 2013/2014, placa PGN 9013, chassi nº 9EG148LP0EC416566, cor branca; **QUE**, o irmão do depoente não conseguiu frear a tempo, pois a mulher correu muito em cima do veículo e de forma inesperada, tendo atropelado a vítima; **QUE**, em seguida, **JOSÉ GONÇALVES** parou o carro para socorrer a vítima, chamou o SAMU e os policiais da BPRV da PMPE, que chegaram logo depois; **QUE**, todos foram conduzidos até esta Delegacia para as providências legais, onde **JOSÉ GONÇALVES** realizou o teste etilometro, o qual deu negativo, conforme comprovante anexo; **QUE**, o irmão da vítima, o qual o depoente não sabe o informar o nome, disse que a vítima estava embriagada. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA

DEPOENTE: Valdomiro Gonçalves de Lima

ESCRIVÃ DE POLÍCIA:





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER 1 - DIRETORIA INTEGRADA DO INTERIOR  
GCOI 1 - GERENCIA DE CONTROLE OPERACIONAL DO INTERIOR 1  
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA-GOIANA  
«CIRC\_POLICIAL»

POLÍCIA CIVIL

\_\_\_\_ / PÁGS.

ASS.

## AUTO DE APRESENTAÇÃO E APREENSÃO

Aos 17 DE AGOSTO DE 2018, nesta DELEGACIA DE POLICIA DA 45ª CIRC- CARPINA-PE, onde presente se encontrava a Bela. BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS, Delegada de Polícia, comigo, Escrivão do seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o **APRESENTADOR: LUCIANO VALÉRIO DE MOURA, 2º SGT. PMPE, MATRÍCULA 990221-0, LOTADO NO BPRV - RECIFE - PE**, o qual na presença da testemunha, apresentou a Autoridade Policial o que a seguir passa a expor:

1. 01 (UMA) CAMINHONETE DA MARCA CHEVROLET/S10 LTZ FD2, ANO 2013/2014, PLACA PGN 9013, CHASSI Nº 9EG148LP0EC416566, COR BRANCA.

O referido objeto está relacionado ao fato alusivo ao Boletim de Ocorrência PMPE nº \_\_\_\_/2018, que teve com o imputado JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO. Nada mais havendo a constar, determinou a Autoridade a real apreensão do material apresentado, como apreendido está, ficando à sua disposição até ulterior deliberação, determinando, na sequência, que fosse lavrado o presente Auto, assinando-o juntamente com o Apresentador, as Testemunhas e comigo Escrivão que o digitei.

DELEGADA: \_\_\_\_\_

APRESENTADOR: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

ESCRIVÃO: \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:40:08  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310400868500000058227403>  
 Número do documento: 20031310400868500000058227403

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013815977982  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 584122742 2019

VALDIR NUNES FRAGOSO JUNIOR

IGARASSU - PE

039.041.444-13 RENSC013

\*\*\*\*\*4.98G148P0EC+16566

ESP CAMINHONETE ABERR. C. LOPALCO/GASOL

CHEVROLET/S10 LTZ PD2 2013/2014

SP/147CV/3+00CL PARTIC BRANCA

1-TP-A 2018 QUITADO 1-\*\*\*\*\*

P-V-A 2-\*\*\*\*\*

A-I 3-\*\*\*\*\*

SEGURO FAGO

SEM RESERVA

10/03/2019

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA PESSOA  
TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013815977982 BILHETE DE SEGURO D  
VALDIR NUNES FRAGOSO JUNIOR

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 0209 022 1204

IGARASSU - PE 2018 06/03/2019

039.041.444-13 RENSC013

584122742 CHEVROLET/S10 LTZ PD2

1018 10 98G148L90EC416566

PRÊMIO TARIFÁRIO

FM DENSTRAN (R)

CUSTO DO EL. ICMS

GUTA ÚNICA PAGAMENTO RÁPIDO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.245.602/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



Roteiro de Ocorrência

Página 2 de 3

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/OM/510** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PQM8813 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **584122732** Chassi: **88B148LPDEC416566**

Var Fabricop5xModelo: **2013/2015** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

CONFORME B.O DO BPRV, Nº851288 QUE RELATA O SEGUINTE, ESSA EQUIPE COMPOSTA PELOS PMS, SGT. VALERIO CB. ALBERICO SD. EDILEIDE E SD. T. ALBUQUERQUE, RECEBEU A INFORMACAO QUE UM VEICULO CHEVROLE / 6-10. DE PLACA 8013, DE COR BRANCA HAVIA ATROPELADO UMA MULHER NA RODOVIA PE-90, EM FRENTE AO A ENTRADA DO HOTEL CLONE QUE A VITIMA FOI IDENTIFICADA COMO, MARIA JOSE CORREIA DE 58 ANOS QUE CHEGAMOS NO LOCAL EM APROXIMADAMENTE 02. MINUTOS QUE O CONDUTOR DO REFERIDO VEICULO PERMANECER NO LOCAL E FOI IDENTIFICADO COMO, JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO 53 ANOS QUE ENCONTRAVA-SE CONCIENTE E NÃO APRESENTAVA SINAIS DE HAVER INGERIDO BEBIDA ALCOLICA CONFORME TESTE DE ALCONOMIA REALIZADO ATRAVES DO ETILOMETRO ANAD- 0141, AMOSTRA 08729 SEQUE EM ANEXO COPIA DO EXAME, CONFORMA B.O EM ANEXO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**JOSE GONÇALVES DE LIMA FILHO**  
(AUTOR / AGENTE)

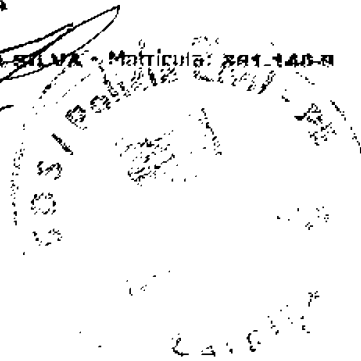
Condutor da ocorrência:

Nome: **LUCIANO VALERIO**

Cargos: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **9902221-0** - Prefixo da viatura: - Unidade

Operacional: **BPRV - BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA**

B.O., registrado por: **FRANCISCO DE ASSIS TIROTTINO DA SILVA** - Matrícula: **281.140-8**



Fazer BO (acidente com vítima)

9951 280

Série-A  
1ª Parte

[illegible]



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 145ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA - DP45ªCIRC  
DINTER1/11ªDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0135003042**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/08/2018** às **10:05**

Número do Aviso de Atendimento: **BPRV**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **17/08/2018** às **12:40**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE CARPINA, 1, RODOVIA PE-06 LAGOA DO JUA SANTO  
ANTONIO CARPINA-PE - Bairro: SANTO ANTONIO - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSE GONCALVES DE LIMA FILHO (AUTOR) AGENTE |  
MARIA JOSE CORREIA (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE GONCALVES DE  
LIMA FILHO**

**Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)**

**MARIA JOSE CORREIA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOVELINA MARIA CORREIA Pai:  
JOSE LUIZ CORREIA Data de Nascimento: 20/04/1980 Nacionalidade: LAGOA DO CARRO / PERNAMBUCO /  
BRASIL Documentos: 25388621SS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO PT Jussao  
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:  
- 873038864**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LAGOA DO CARRO, 1, FAZENDA SOLIDADE S/N LAGOA DO CARRO-PE -  
CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LAGOA DO CARRO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE GONCALVES DE LIMA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DE  
LIMA Pai: JOSE GONCALVES DE LIMA Data de Nascimento: 25/10/1964 Nacionalidade: PASSIRA / PERNAMBUCO /  
BRASIL Documentos: 2531933/SS/PE (RG); 44381537420 (CPF) Escolaridade: 3ª. GRAU COMPLETO Professor.  
OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares:  
- 986188286**

**Endereço Residencial: RUA EMANCIPADORES , 75, 9 TRAV. DOS EMACIPADORES N: 75 CAJA CARPINA-PE - CEP:  
6 - Bairro: CAJA - CARPINA/PERNAMBUCO/BRASIL**







9951280

Série-A  
2ª Parte



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER 1 - DIRETORIA INTEGRADA DO INTERIOR 1  
GCOI 1 - GERÊNCIA DE CONTROLE OPERACIONAL DO INTERIOR 1  
11ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA-GOIANA  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA

## AUTO DE ENTREGA

Aos 27 DE AGOSTO DE 2018, nesta cidade de CARPINA-PE, do Estado de Pernambuco e no Cartório desta Delegacia de Polícia, onde presente se encontrava o BARBARA ALICE FORT DOS SANTOS, respectiva Delegada de Polícia, comigo Escrivã ao seu cargo ao final assinado, onde compareceu o **RECEBEDOR(A), JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO**, RG nº 2531933 SSP/PE, brasileiro(a), nascido(a) em 25/10/1964, filho(a) de José Gonçalves de Lima e Maria de Lourdes de Lima, natural de Passira/PE, residente na 9ª Travessa dos Emancipadores, nº 75, Carpina/PE, das testemunhas abaixo firmadas, como legítimo proprietário e a quem a Autoridade Policial fez a entrega, escorada nas disposições do Art. 120 do CPP, por reconhecer cabível, inexistindo dúvidas quanto ao seu direito, dos seguintes objetos de sua propriedade: **01 (UMA) CAMINHONETE DA MARCA CHEVROLET LTZ FD2, ANO 2013/2014, PLACA PGN 9013, CHASSI Nº 9BG148LP0EC416566**, constante no Auto de Apresentação e Apreensão e/ou Auto de Avaliação previamente elaborados, fatos alusivos ao BO Nº 18E013500. Nada mais havendo a ser restituído, determinou a Autoridade fosse lavrado o presente termo que assina com o Recebedor, as Testemunhas e comigo Escrivão que digitei.

DELEGADA: \_\_\_\_\_

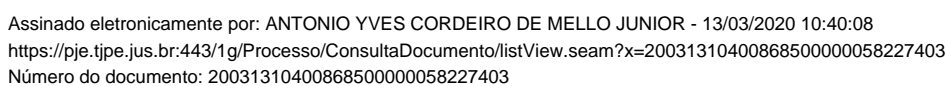
RECEBEDOR: \_\_\_\_\_

1ª TESTEMUNHA: \_\_\_\_\_

ESCRIVÃ: \_\_\_\_\_



VALLE DE LA TOLDA  
D. TERRITORIO NACIONAL  
966541254



**AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV**  
**AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,**  
**TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:**

VALOR R\$ 50.000,00

NOME DO COMPRADOR: Jose Goncalves

de Lima Filho

RG: 2531933 CPF/CNPJ: 44.9615.374-20

ENDEREÇO: R: Tv A das Emancipacoes

Caja Corbina - Ar

LOCAL E DATA: Anacard - Ar 02/08/2018

Valder Nunes Fraga Junior

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

a) O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a venda do veículo ao DETRAN no prazo máximo de 30 dias, sob pena de ter que se responsabilizar solidariamente pelas obrigações impostas e suas consequências até a data de comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 134 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB);

b) O adquirente terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data de aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB);

c) É obrigatório o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade por AUTENTICIDADE.

DE ACORDO: Jose Goncalves de Lima ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)  
 CONFORME EX. 1, 506 C.R.C.

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS RUA: ALEIXES CURSINO, 26 - A  
 Reconheço como verdadeira a firma indicada de (5925276185874)

Jose Goncalves de Lima Filho  
 que confere c/ o padrão reg. nesta serventia, Dou fé.

ARACAMBA, 23 de agosto de 2018.

Luiz Carlos Vilela da Silva da verdade  
 Luiz Carlos Vilela da Silva (ESCRIVÃO SUBSTITUTO)

Emol.: R\$ 3,39 tsnr R\$ 1,40 Total R\$ 4,79  
 Válido somente com o selo 0073676-046.08201601.00906

Consulte a Autenticidade em: [exm.tipo.jus.br/selodigital](http://exm.tipo.jus.br/selodigital)  
 Assinatura de Luiz Carlos Vilela da Silva



REPRESENTANTE DE: CAXANGA VEICULOS S.A. OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO, EMISSÃO: 28/11/2013 - VALOR TOTAL: R\$ 86.600,00  
 ENDEREÇO: VALDIR NUNES FRAGOSO JUNIOR - RUA VINTE E OITO DE SETEMBRO, 400, POSTO DE MONTA, 83820-930 - IGARASSU - PE - Fone: 1 de 1

DATA RECEBIMENTO: IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO ASSINADOR

NF-e  
 Nº: 94561  
 Série: 5

CAXANGA VEICULOS S.A.  
 AV. CAXANGA, 4251, 4251 VARZEA  
 RECIFE - PE Cep: 50740000 Fone: (81) 2122-2099  
 FAX: 8121222050  
 DFE.GM@PORTALDFESE.COM.BR

**DANFE**  
 Documento Auxiliar  
 da Nota Fiscal  
 Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA  
 Nº: 94561  
 Série: 5  
 Folha 1 de 1

2613 1109 9249 3700 0128 5500 5000 0945 6110 0094 5510

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal) ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDAS MERC. ADQ. TERC. P/SUBST. TRIB  
 IDENTIFICAÇÃO DO DOCUMENTO: 800632740  
 DATA DE EMISSÃO: 28/11/2013 17:34:29  
 IDENTIFICAÇÃO DO REMETENTE: 09.924.937/0001-28

DESTINATÁRIO REMETENTE  
 NOME SOCIAL: VALDIR NUNES FRAGOSO JUNIOR  
 ENDEREÇO: RUA VINTE E OITO DE SETEMBRO, 400 CASA  
 MUNICÍPIO: IGARASSU - PE  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 8134344525

CPF: 038.041.444-13  
 DATA DA EMISSÃO: 28/11/2013  
 DATA DA ENTRADA: 28/11/2013  
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 53820993  
 HORA DE SAÍDA:

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBST.	0,00
VALOR DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS E SERVIÇOS	86.600,00
VALOR DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS SUBST.	0,00	VALOR TOTAL DA NOTA	86.600,00

TRANSPORTADOR, VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL:	PRETE POR COPIA	QUANTO ART	PLACA DO VEÍCULO	UF	ENFERME
ENDEREÇO:	9 - Sem Frete				
CEP:	MUNICÍPIO:			UF:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:
QUANTIDADE:	ESPECIE:	SOURCE	NUMERAÇÃO:	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1					

DADOS DOS PRODUTOS/SERVIÇOS											
CD PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	NCM SH	DST	CFOP	UN	Qtd	Vt Unil	Desc.	Vlr. Total	B. Icms	V. Icms
980148LPDEC416396	CHEVROLET S10 LTZ FD2 Veículo Novo: CHEVROLET S10 LTZ FD2 Motor 2.4 Potência: 147 Combustível: ALCO/GASOL Chassi: 98G M8LPDEC416396 N do Motor: NARD04304 N do Portão: 4 CAP PASS: 5 Cor externa: BRANCO Ano: Feb. 2013 Ano-mod: 2014 TIPO: CAMINHONETE ESPECIAL-ESP FAB: NACIONAL CLINDRADADA 2400 CARROC: C. DUPIABER Opcionais: PDU - PINT. SOLEDA RTP - CONJ. OPCOES RG: 5431912 SSP/PE ICMS RETIDO POR SUBST. TRIBUTARIA CONF ART. 622 E SEQUENTES AL. FID. AO BANCO AYMORE CREDITO, FINANÇ E INVESTIM. S. A.	87043190	000	540	UN	1,0000	86.600,0000	0,00	86.600,00	0,00	0,00

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS RUA: ALCIDES CURSINO, 28 - 4  
 AUTENTICAÇÃO  
 Autentico a presente cópia xerográfica conforme a original a mim apresentada, do  
 que dou fé.  
 Recife, 23 de agosto de 2018.  
 da testadora da verdade  
 MARIA DE LOURDES VILELA DA SILVA (RESOLVENTE SIASTETUSA)  
 Eml.: R\$ 2,90 tsr R\$ 1,19 total R\$ 4,09  
 Valido somente com o selo 0073676/TPA/2018/00912  
 Consulte a Autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)



CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO

Tributos Totais Incidentes (Lei Federal 12.741/2012) R\$ 26.906,30 \* MD5: \* RG: 5431912-SSP PE \* VENDEDOR: Jamilson De Oliveira Souza



**Dräger**

PORTARIA INMETRO DIMEI  
NO 166 DE 03/10/2003

PORTARIA DENATRAN  
NO 128 DE 17/12/2006

LOCAL DE CONTROLE:

ALCOTEST 7410 PLUS RS  
NO EQUIPAM : ARAD-0141  
NO IMPRESS : ARAD-5186  
NO AMOSTRA : 08729  
DD.MM AAAA HH.MM  
17.08.2018 15:18

NOME:

**JOSE**

SOBRENOME:

**GOVCALVES**

DATA DE NASCIMENTO:

**25/10/1964**

EXAMINADO POR:

**SD PM EDILENE**  
**112206**

RESULTADO DA ANALISE

0,00 mg/L

ASSINATURA:

**Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior**  
**FIL**

RG: 2531933  
SSPI/PE





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER-1 / GCO-1 / 11ª DESEC – Goiana- PE  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO – CARPINA

**TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA, RG nº 6.921.672 SDS/PE. TESTEMUNHA.**

Aos **SEIS** dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (06/09/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no **SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO**, onde presente se encontrava a **DELEGADA DE POLÍCIA – BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, ai compareceu o(a) Sr(a): **DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA, RG nº 6.921.672 SDS/PE**, brasileiro(a), nascido(a) em 16/06/1984, filho(a) de Derivaldo Beijamim de Oliveira e Maria José Correia, natural de Lagoa do Carro/PE, residente no Loteamento Rua 14, José Fernando Lobo, nº 236, Lagoa do Carro/PE. Fone: 81- 97305-9964. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, é filho da vítima destes autos, a Sra **MARIA JOSÉ CORREIA**, e informa que ela veio a óbito no dia 19.08.2018, devido ao atropelamento ocorrido no dia 17.08.2018; **QUE**, sua mãe foi socorrida para o Hospital da Restauração, ficou em coma e no terceiro dia de internamento ela faleceu; **QUE**, tomou conhecimento, através da pessoa de **WASHINGTON**, que é sobrinho da vítima, que estava passando na PE-90 no momento do acidente e viu quando o acidente aconteceu, parou e conheceu que a vítima se tratava da tia, e telefonou para o depoente para avisar; **QUE**, **WASHINGTON** falou para o declarante que estava vindo atrás do veículo que causou o acidente, uma caminhonete da marca Chevrolet LTZ FD2, ano 2013/2014, placa PGN 9013, chassi nº 9EG148LP0EC416566, cor branca, e disse que o referido veículo chegou a ultrapassar ele em alta velocidade e que “tirou um fino” dele, aparentando estar em uma velocidade acima de 120km/h, e, logo depois, atropelou a genitora do depoente, que estava atravessando a rodovia, pois estava indo em direção ao Loteamento Aparecida, nesta cidade de Carpina/PE, visitar um irmão dela; **QUE**, afirma que a vítima não havia ingerido bebida alcoólica no dia do acidente, como o motorista da caminhonete afirmou, pois ela não costumava ingerir bebida alcoólica em dias de semana e apenas ingeria em ocasiões de comemorações familiares ou festas; **QUE**, sabe que o acidente ocorreu na ladeira do Juá, próximo a fábrica da Itaipava, nesta cidade de Carpina; **QUE**, no dia do fato, estava nesta Delegacia, quando o depoente foi perguntar a **JOSÉ GONÇALVES DE LIMA FILHO** se ele era o autor do acidente e como tinha acontecido, tendo ele respondido que foi a vítima que provocou o acidente e disse: “ela que se vire”; **QUE** afirma que **JOSÉ GONÇALVES** não procurou a família do declarante para prestar alguma assistência até o presente momento; **QUE**, afirma que seu primo **WASHINGTON**, reside no Loteamento Chã de Castelo, após a ladeira do juá, no sentido Carpina – Lagoa do Carro/PE. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA

DEPOENTE: DeYkisson Beijamim Correia

ESCRIVÃ DE POLÍCIA:



República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde  
2ª VIA - CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

## Declaração de Óbito

26828936-0



I	1 Tipo de óbito <input checked="" type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 14/03/2020	3 Cartão SUS	4 Nacionalidade Município / UF (se estrangeiro, informar País)
	5 Nome do Falecido MARIA JOSE CORREIA			
II	6 Nome do Pai JOSE LUIZ CORREIA	7 Nome da Mãe ROSALINA TRINDADE		
	8 Data de nascimento 27/04/1960	9 Idade 59	10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> M - Masc.	11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela
III	12 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viúva	13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (sem 2ª grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) APOSENTADA	15 CEP 01000-000
	16 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) FALESCIA SOARES	17 Bairro/Distrito CENTRO	18 UF SP	19 UF
IV	20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros	21 Estabelecimento HOSPITAL	22 CEP 01000-000	23 UF SP
	24 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc) CENTRO	25 Município de ocorrência SÃO PAULO	26 UF SP	27 UF
V	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	28 Idade (anos) 39	29 Escolaridade (última série concluída) Nível <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (sem 2ª grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	30 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) APOSENTADA	31 CEP 01000-000
VI	32 Número de filhos vivos Nascidos vivos 1	33 Nº de semanas de gestação 36	34 Tipo de gravidez <input checked="" type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais	35 Tipo de parto <input checked="" type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo
	36 Morto em relação ao parto <input checked="" type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	37 Peso ao nascer 3.500	38 Número da Declaração de Nascimento 26828936-0	39 UF SP
VII	ASSISTÊNCIA MÉDICA			
	40 A morte ocorreu <input checked="" type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Após 42 dias após o término da gestação	41 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	42 Diagnóstico confirmado por Necropsia? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	43 Tempo aproximado entre o início da doença e a morte C/D
VIII	CAUSAS DA MORTE			
	44 PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTEREDENTES Estado mórbido, ao qual, em, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	ANTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:		
IX	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.			
	45 Nome do Médico MARCOS ANTONIO CORREIA	46 CRM 123456	47 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Suspeito <input type="checkbox"/> IML	48 Município e UF do SVO ou IML SÃO PAULO - SP
X	49 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 1199	50 Data do atestado 14/03/2020	51 Assinatura MARCOS ANTONIO CORREIA	52 Assinatura
	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter epidemiológico)			
XI	53 Tipo <input checked="" type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outras	54 Descrição sumária do evento Acidente de trânsito	55 Fonte da informação <input checked="" type="checkbox"/> Quarentena Paternal <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outros	56 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input checked="" type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio
	ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA (rua, praça, avenida, etc) Município UF			





GOVERNO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

Aviso de Ocorrência do CIODS

Número do Boletim Ocorrência

Dados da Ocorrência	Natureza		Informações sobre a vítima:		Veículo onde estava a vítima:		Circunstância do acidente:	
	<input type="checkbox"/> Homicídio	<input type="checkbox"/> Lesão Corporal Seg. de Morte	<input type="checkbox"/> Pedestre	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Motocicleta	<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Capotamento	
	<input type="checkbox"/> Latrocínio	<input type="checkbox"/> Suicídio	<input type="checkbox"/> Condutor	<input type="checkbox"/> Ônibus	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Colisão	<input type="checkbox"/> Ignorado	
	<input checked="" type="checkbox"/> A Esderezar	<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Passageiro	<input type="checkbox"/> Automóvel	<input type="checkbox"/> Ignorado			
	<input type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Não se aplica		Objeto Utilizado		Circunscrição do Fato			
	<input type="checkbox"/> Doloso		<input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca					
	Data do Óbito	Hora (hh:mm)	Data do Fato	Hora (hh:mm)	Local Principal da Ocorrência (rua pública, bar, residência, clube, etc.)			
	Logradouro do Fato (rua, avenida, rodovia, etc.)			Número	Complemento (Apt, Sala, Andar)			
	Município			Bairro	UF	Ponto de Referência		
Dados da Vítima	Nome							Apelido
	Idade							
	Sexo	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Desconhecido	Data de Nascimento	Idade aparente	Cor da Pele/Etnia			
	<input checked="" type="checkbox"/> Feminino				<input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena			
Dados Complementares (resumo do fato)								
Responsável pelo Preenchimento				Delegado de Polícia (Nome)				
Matrícula Nº				Matrícula Nº				
Órgão: <input type="checkbox"/> IC <input checked="" type="checkbox"/> POLÍCIA CIVIL <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> POSTO PC HOSP.								
Corpo Encaminhado:				Assinatura				
<input type="checkbox"/> IML (Recife - Caruaru - Petrolina) <input type="checkbox"/> Outro Local				<input type="checkbox"/> CVL/Seccional <input type="checkbox"/> Especializada <input type="checkbox"/> DP de Plantão				
<input type="checkbox"/> Unidade de Saúde ( )				<input type="checkbox"/> DHPP <input type="checkbox"/> Circunscrição <input type="checkbox"/> Outras				
				Nº: 092592				
				NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER				



ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

1ª Via: Branca - 2ª Via: Azul - 3ª Via: Amarela - 4ª Via: Verde



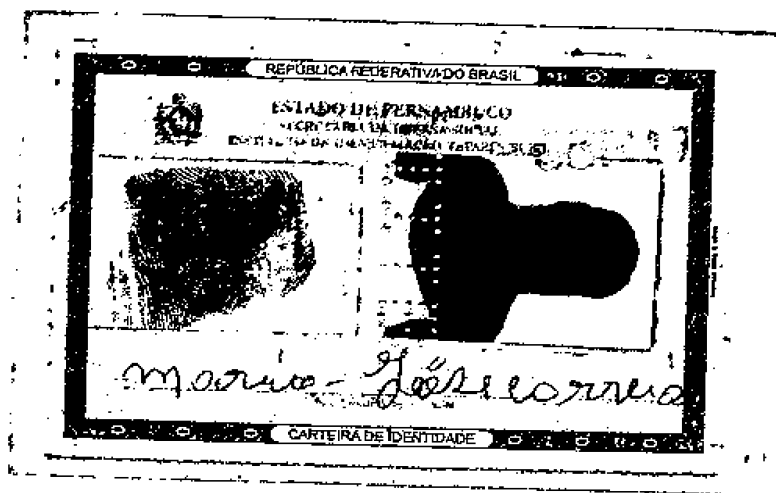
06/09/2018 09:29

<https://security.sds.pe.gov.br/permanbuco/VisualizaBO.do?ic>

Secretaria de Defesa Social :: INEOPOL



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/03/2020 10:40:08  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20031310400868500000058227403>  
Número do documento: 20031310400868500000058227403



I	1 Tipo de óbito <input checked="" type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito Hora: _____ 3 Cartão SUS		4 Naturalidade Município / UF (Estrangeiros Informar País)	
	5 Nome do Falecido					
II	6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe			
	8 Data de nascimento		9 Idade Anos completos Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos Ignorado		10 Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc <input type="checkbox"/> F - Fem <input type="checkbox"/> Ignorado	
III	11 Raça/Cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela 4 Parda 5 Indígena		12 Situação conjugal 1 Solteiro 2 Casado 3 Viúvo 4 Separado Indiv. 5 União Estável 6 Divorçado 7 Ignorado		13 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 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 Sêrie: Ignorado	
	14 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado)		15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento 16 CEP			
IV	17 Bairro/Distrito		18 Município de residência		19 UF	
	20 Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estabelec. saúde 3 Domicílio 4 Via pública 5 Outros 6 Ignorado		21 Estabelecimento		22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Número Complemento 23 CEP	
V	24 Bairro/Distrito		25 Município de ocorrência		26 UF	
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
VI	27 Idade (anos)		28 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 Sem escolaridade 1 Fundamentais I (1ª a 4ª Série) 2 Fundamentais II (5ª a 8ª Série) 3 Médio (antigo 2º grau) 4 Superior Incompleto 5 Superior completo Sêrie: Ignorado		29 Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002	
	30 Número de filhos vivos		31 Nº de semanas de gestação		32 Tipo de gravidez 1 Única 2 Dupla 3 Tripla e mais 4 Ignorada	
VII	33 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 3 Ignorado		34 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 4 Ignorado		35 Peso ao nascer (Gramas)	
	36 Número da Declaração de Nascimento		37 Diagnóstico confirmado por: 1 Sim 2 Não 3 Ignorado			
VIII	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL					
	38 A morte ocorreu: 1 Na gravidez 2 No abortamento 3 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 4 Não ocorreu nestes períodos 5 Não pariu 6 Até 42 dias após o término da gestação 7 Não ocorreu nestes períodos 8 Ignorado					
IX	CAUSAS DA MORTE					
	39 PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. Devido ou como consequência de: a) _____ b) _____ c) _____ d) _____ CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produzem o caso acima registrado, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
X	40 Nome do Médico		41 CRM		42 Óbito atestado por Médico 1 Assistentia 2 Substituto 3 IML 4 SVO 5 Outro	
	43 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		44 Data do atestado		45 Assinatura	
XI	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
	46 Tipo 1 Acidente 2 Suicídio 3 Homicídio 4 Outros		47 Acidente de trabalho 1 Sim 2 Não		48 Fonte da informação 1 Ocorrência Policial Nº. _____ 2 Hospital 3 Família 4 Outro	
XII	49 Descrição sumária do evento		50 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 Via pública 2 Endereço de residência 3 Outro domicílio 4 Estabelecimento comercial 5 Outro 6 Ignorado		51 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Bairro Município UF	
	52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		53 Número		54 Bairro	
XIII	55 Código		56 Registro		57 Data	
	58 Cartório		59 Data			



GOVERNO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

Aviso de Ocorrência do CIODS

Número do Boletim Ocorrência

Dados da Ocorrência	<b>Natureza</b> <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Latrocínio <input checked="" type="checkbox"/> A Esclarecer <input type="checkbox"/> Lesão Corporal Seg. de Morte <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Outros Acidentes		<b>Informações sobre a vítima:</b> <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>Veículo onde estava a vítima:</b> <input type="checkbox"/> Bracteta <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Automóvel <input type="checkbox"/> Motocicleta <input type="checkbox"/> Ignorado		<b>Circunstância do acidente:</b> <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Ignorado								
	<input type="checkbox"/> Culposo <input type="checkbox"/> Doloso <input type="checkbox"/> Não se aplica		<b>Objeto Utilizado</b> <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Arma de Fogo <input type="checkbox"/> Arma Branca		<b>Circunstância do Fato</b>										
	<b>Data do Óbito</b>	<b>Hora (hh:mm)</b>	<b>Data do Fato</b>	<b>Hora (hh:mm)</b>	<b>Local Principal de Ocorrência (Via pública, bar, residência, clube, etc.)</b>										
	<b>Logradouro do Fato (Rua, avenida, rodovia, etc.)</b>				<b>Número</b>	<b>Complemento (Apt, Sala, Andar)</b>									
Dados da Vítima	<b>Município</b>		<b>Bairro</b>		<b>UF</b>	<b>Ponto de Referência</b>									
	<b>Nome</b>					<b>Apelido</b>									
Dados da Vítima	<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Desconhecido <input checked="" type="checkbox"/> Feminino							<b>Data de Nascimento</b>		<b>Idade aparente</b>	<b>Cor da Pele/Etnia</b> <input type="checkbox"/> Negra <input checked="" type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena				
	<b>Dados Complementares (resumo do fato)</b>														
<b>Responsável pelo Preenchimento</b> Matrícula Nº _____ Órgão: <input type="checkbox"/> IC <input checked="" type="checkbox"/> POLÍCIA CIVIL <input type="checkbox"/> OUTRO <input checked="" type="checkbox"/> POSTO PC HOSP.												<b>Delegado de Polícia (Nome)</b> Matrícula Nº _____ Assinatura _____ <input type="checkbox"/> CIVIL/Seccional <input type="checkbox"/> Especializada <input type="checkbox"/> DP de Plantão <input type="checkbox"/> DHPP <input type="checkbox"/> Circunscrição <input type="checkbox"/> Outras			
<b>Corpo Encaminhado:</b> <input type="checkbox"/> IML (Recife - Caruaru - Petrolina) <input type="checkbox"/> Outro Local <input type="checkbox"/> Unidade de Saúde (_____)												<b>Nº: 092592</b> NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER			

1ª Via: Branca - 2ª Via: Azul - 3ª Via: Amarela - 4ª Via: Verde





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM  
POLÍCIA MILITAR DE PERNAMBUCO  
BATALHÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

Nº / ANO  
K-2115/18



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



10 M - MUNICÍPIO DE CARPINA  
INTERVALO - 10:00-7  
SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTE

I - LOCAL E DATA

COM ANEXO ☒ SEM ANEXO ☐

Município	CARPINA	Rodovia	PE-090	Rm	
Ponto de Referência	EM FRENTE À ENTRADA DO MOTEL CLONE				Data
Dia da Semana	SEXTA-FEIRA	HORA/OCORRÊNCIA	10:30	Hora/Cheg./Pr	10:45

II - TIPO DE ACIDENTE

ATROPELAMENTO	ABALROAMENTO	COLISÃO	CHOQUE	CAPOTAMENTO
Pedestre <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Longitudinal <input type="checkbox"/>	Frontal <input type="checkbox"/>	Tombaramento <input type="checkbox"/>
Animal <input type="checkbox"/>	Transversal <input type="checkbox"/>	Traseira <input type="checkbox"/>	Poste, Árvore <input type="checkbox"/>	Saída da Pista <input type="checkbox"/>
			Muro, Casa <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
			Veículo Parado <input type="checkbox"/>	

III - CONSEQUÊNCIA

SEM VITIMA	COM VITIMA	<input checked="" type="checkbox"/>	MORTOS		FERIDOS	01
Nº/VEÍC. ENVOLVIDOS NO ACIDENTE			IDENT.	01	NÃO IDENT	TOTAL
						01

IV - CONDIÇÕES CIRCUNSTANCIAIS

ACID. VERIFICADO	CONDIÇÕES/VIA	CONDIÇÕES/TEMPO	PERÍODO/DIA	SEMÁFARO
Longo da Via <input checked="" type="checkbox"/>	Seca <input checked="" type="checkbox"/>	Bom <input checked="" type="checkbox"/>	Manhã <input checked="" type="checkbox"/>	S/Defeito <input type="checkbox"/>
Cruzamento <input type="checkbox"/>	Molhada <input type="checkbox"/>	Chuva <input type="checkbox"/>	Tarde <input type="checkbox"/>	C/Defeito <input type="checkbox"/>
Outros <input type="checkbox"/>	Enfameada <input type="checkbox"/>	Nebulina <input type="checkbox"/>	Noite <input type="checkbox"/>	Desligado <input type="checkbox"/>
	Oleada <input type="checkbox"/>	Garos <input type="checkbox"/>	Madrugada <input type="checkbox"/>	N/Existe <input checked="" type="checkbox"/>

V - CONTROLE DO TRÁFEGO

Policial <input checked="" type="checkbox"/>	Placa "Pare" <input type="checkbox"/>	MÃO DE DIREÇÃO	DIVISÃO DA VIA
Pedestre <input type="checkbox"/>	Placa "Dê a Pref." <input type="checkbox"/>	Única <input type="checkbox"/>	Faixa Contínua <input checked="" type="checkbox"/>
F.Retenção <input type="checkbox"/>	Não há Placas <input checked="" type="checkbox"/>	Dupla <input checked="" type="checkbox"/>	Canteiro Central <input type="checkbox"/>
			Blocos <input type="checkbox"/>
			Outros <input type="checkbox"/>

VI - CONDIÇÕES DOS CONDUTORES

EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA - V1/V2	COMPORTAMENTO - V1/V2
Realizado no Local <input type="checkbox"/>	Permaneceu no local <input type="checkbox"/>
Enc. Para Exame <input type="checkbox"/>	Socorrido <input type="checkbox"/>
Não foi Realizado <input type="checkbox"/>	Evadiu-se <input type="checkbox"/>

VII - DANOS A PROPRIEDADE DE TERCEIROS

Proprietário <input type="checkbox"/>	Tomou Conhecimento <input type="checkbox"/>
Natureza das Avarias <input type="checkbox"/>	



## XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

	V.1 / V.2		V.1 / V.2
Dirigir s/CNH ( Art. 162 I CTB )		Deixar de Prestar Inform.s/acid. ( Art. 176 V CTB )	
Conduzir Veic. ã Lic. ( Art. 230 V CTB )		Desob. Ordens. do Agente trãns. ( Art. 195 CTB )	
Conduzir Veic.s/ Doc. Porte Obrig. ( Art. 232 CTB )		Conduzir Veic. C/ Lacre Violado ( Art. 230 I CTB )	
Dirigir Sob. Influên. Alcool ( Art. 165 CTB )		Conduzir Veic. S/ Placa ( Art. 230 IV CTB )	
Deixar de Prestar Socorro à Vitima ( Art. 176 I CTB )		Conduzir Veic. C/ Placa Ilég. ( Art. 230 VI CTB )	
Deixar de Adotar Prov. P/ Evitar Perigo Trãns. ( Art. 176 II CTB )		Conduzir Veic. Alter. De Caract. ( Art. 230 VII CTB )	
Deixar de Preserva Local de Acid. ( Art. 176 III CTB )		Conduzir Veic. Defeito Equip. Obrig. ( Art. 230 IX CTB )	
Deixar de Remover Veic. Qdo. Determ. ( Art. 176 IV CTB )		Outras	

## XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 01

**EM ANEXO**

VEÍCULO - 02

**EM ANEXO**

## XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1. Reboque Efetuado	Polícia Militar	Particular	Não Efetuado	
2. Comunicado à Delegacia de				Hora
Nome do Recebedor da Ocorrência				
XVII - Responsável Pelo BAT	Posto/Grad.	SGT	Matrícula	990221-0
XVIII - Digitador da SSTA	SD PM MORGANA	Of. Chefe da SSTA	NOME	VALÉRIO
			TEN PM UMAITA	



Confirmação de entrega do documento  
 em 13/09/18  
 SD PM 112394-7





DEPARTAMENTO DE ESTRADAS DE RODAGEM  
FMPE - DGO - CPE - BPRV  
Batallião Cel. Manoel de Souza Neto



XII - INFRAÇÕES COMETIDAS

Dirigir S/ CNH (Art. 167, I, CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	VI	Deixar de prestar inform. S/ (Art. 170, v, CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Part obrig. (Art. 232 CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	VII	Desob. Ordem do Agente Trâns (Art. 195 CTB)
Conduzir veic. s/ doc. Parte obrig. (Art. 232 CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	VIII	Conduzir veic. s/ placa violada (Art. 230, I CTB)
Dirigir sob influência álcool. (Art. 165 CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	IX	Conduzir veic. s/ placa (Art. 230, IV CTB)
Deixar de prestar socorro à vítima (Art. 174, CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	X	Conduzir veic. s/ placa ileg. (Art. 230, VI CTB)
Deixar de adotar prov. Evitar perigo trâns. (Art. 175, CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	XI	Conduzir veic. Alter. De caract. (Art. 230, VII CTB)
Deixar de preservar local de acíd. (Art. 176, III CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	XII	Conduzir veic. Defeito equip. obrig. (Art. 230, IX)
Deixar de remover veic. Qdo Determ. (Art. 176, IV CTB)	<input checked="" type="checkbox"/>	XIII	Outras:

XIII - CROQUI

- Veículo removido do local -  
- Não foi possível realizar o croqui.

XIV - SIMBOLOGIA

<input checked="" type="checkbox"/> Automóvel e outro veículos de 4 rodas	<input checked="" type="checkbox"/> Incêndio
<input checked="" type="checkbox"/> Ônibus, Caminhão e Trator	<input checked="" type="checkbox"/> Marcha à Frente.
<input checked="" type="checkbox"/> Trem	<input checked="" type="checkbox"/> Marcha à Ré
<input checked="" type="checkbox"/> Veículo de 2 ou 3 Rodas	<input checked="" type="checkbox"/> Derrapagem
<input checked="" type="checkbox"/> Pedestre	<input checked="" type="checkbox"/> Capotamento ou Tombamento
<input checked="" type="checkbox"/> Animal	<input checked="" type="checkbox"/> Local da Colisão
<input checked="" type="checkbox"/> Objeto Fixo	<input checked="" type="checkbox"/> Depois da colisão

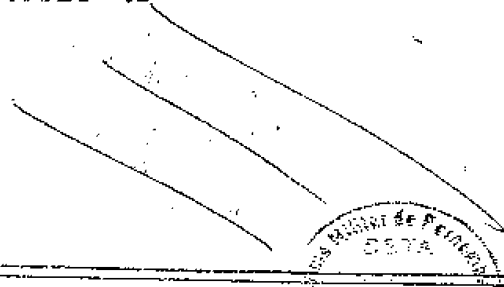
PGN 903

XV - AVARIAS APARENTES

VEÍCULO - 1

AMASSAMENTO - CAPÔ, PARA CHOCAR DIANTEIRO,  
DE LA LAMA LATERAL LADO DIREITO  
QUEBRAMENTO - FAROL LADO DIREITO, FAROL  
DE NEBLINA LADO DIREITO, TUBO ESTRUTURA  
DE FAROL LADO DIREITO, PARA CHOQUE DAN-  
TADO LADO DIREITO

VEÍCULO - 02



XVI - DADOS NECESSÁRIOS

1 - Reboque efetuado: Policia Militar Particular Não efetuado  
2 - Comunicado à Delegacia de: CARPINHA Hora: 12:40h  
Nome do receptor da ocorrência: \_\_\_\_\_ Matricula: \_\_\_\_\_

XVII - RESPONSÁVEL PELO BAT.	POSTO/GRAD.	MATRICULA	NOME:
	2º SGT	9902210	ASS: <u>Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior</u>

XVIII - Datilógrafo SSTA: \_\_\_\_\_ Of. Chefe SSTA: \_\_\_\_\_







**BATALÃO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA**  
**SUBSEÇÃO DE TRÁFEGO E ACIDENTES – (SSTA)**



**DECLARAÇÃO DO CONDUTOR (ANEXO AO BAT Nº K-21151 de 18).**

**DESCREVA ABAIXO COMO OCORREU O ACIDENTE:**

EU ESTAVA CONDUZINDO UMA CARROÇA DO JUA, NA PE-90,  
PRÓXIMO AO BAIRRO SANTO ANTONIO, LADDER-PE, BUAQUE  
UMA SANHADA, COM SUSPENSÃO DE AMORTIZADORES, INCLUSIVE O LIGANTE  
DA VÍTIMA ESTAVA NO LATERAL COM OS MEMBROS BILATERAIS DE  
EMBOLABINDO, EMBORA EM BUAQUE DO MEU VEÍCULO SE RESANDO  
EM FRENTE DO MEU, NOT ME DESLOCANDO O LIGANTE DE  
LIGANTE DE DA POLÍCIA, APÓS O DESENVOLVIMENTO DO ACIDENTE  
PRESERVA SECONDA, UMA VEZ QUE FUI SOLICITADO O SAQUE  
A VÍTIMA FUI SEPARADA COM VIDA.

\*\*\*\*\*  
Veículo: REUNIVER S-10

Nome do Condutor: YVES CORDEIRO DE MELLO FILHO

RG: 25.31933

Orgão Expedidor: SSP-PE

CPF: 449.615.374

- 20

Placa do Veículo: REN-9013

Data: 17/03/18

Hora: 10:30:00

Assinatura: YVES CORDEIRO DE MELLO FILHO

**Observação:**

- 1) O Condutor deverá firmar sua declaração de próprio punho, utilizando de letra de forma legível;
- 2) O Procedimento ilegível será de responsabilidade do signatário.

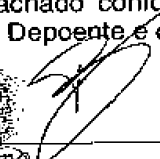




SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER-1 / GCOI-1 / 11ª DESEC - Goiana - PE  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARPINA

**TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: ROMILDO LUIZ CORREIA.  
TESTEMUNHA.**

Aos **DEZOITO** dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (19/09/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no **SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO**, onde presente se encontrava a **DELEGADA DE POLÍCIA – BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, ai compareceu o(a) Sr(a): **ROMILDO LUIZ CORREIA**, RG não apresentado, brasileiro(a), nascido(a) em 15/01/1957, filho(a) de José Luiz Correia e Maria Jovelina Correia, natural de Lagoa do Carro/PE, residente no Loteamento Rua Maria de Fátima, s/n, Centro, Lagoa do Carro/PE. Fone: não informado. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, no dia 17.08.2018, por volta das 09h00min, saiu com sua irmã, a vítima **MARIA JOSE CORREIA**, e os dois pegaram uma Kombi na cidade de Lagoa do Carro/PE com destino para a comunidade de Aparecida, nesta cidade de Carpina/PE, pois estavam indo visitar um primo de ambos; **QUE**, ao descer da Kombi, a vítima foi atravessar a rodovia PE-90, momento em que foi atingida por uma caminhonete de cor branca, e foi arremessada por alguns metros; **QUE**, a referida caminhonete estava indo sentido Lagoa do Carro – Carpina, e aparentava estar em alta velocidade; **QUE**, por pouco o depoente também não foi atingido; **QUE**, nega ter ingerido bebida alcoólica no dia do acidente, bem como afirma que sua irmã, **MARIA JOSE**, também não havia ingerido; **QUE**, tornou conhecimento nesta Delegacia que o motorista da caminhonete disse que o declarante e a vítima estavam "embriagados" no momento do acidente, o que o declarante diz não ser verdade; **QUE**, o motorista da caminhonete não socorreu a vítima, e foi embora sem prestar socorro; **QUE**, em seguida, uma ambulância do SAMU que estava passando, parou e socorreu a vítima; **QUE**, a vítima foi socorrida para o SAMU, e levada para o hospital da Restauração, em Recife, onde entrou em óbito dois dias após o acidente; **QUE**, até o presente momento, o motorista/autor do referido atropelamento não prestou nenhum tipo de assistência a família da vítima. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA: 

DEPOENTE: \_\_\_\_\_

ESCRIVÃ DE POLÍCIA: 





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
• DINTER-1 / GCOI-1 / 11ª DESEC – Goiânia- PE  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO – CARPINA

**TERMO DE DECLARAÇÃO PRESTADO POR: WASHINGTON AMORIM DE LIMA SILVA. TESTEMUNHA.**

Aos **DEZOITO** dias do mês de **SETEMBRO** do ano de **DOIS MIL E DEZOITO (19/09/2018)**, nesta Cidade de **CARPINA** Estado de Pernambuco, e, no **SETOR DE CARTÓRIO DA DELEGACIA DE POLÍCIA DA 45ª CIRCUNSCRIÇÃO**, onde presente se encontrava a **DELEGADA DE POLÍCIA – BÁRBARA ALICE FORT DOS SANTOS**, comigo, Escrivã ao seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o(a) Sr(a): **WASHINGTON AMORIM DE LIMA SILVA**, RG não apresentado, brasileiro(a), nascido(a) em 13/07/1994, filho(a) de Marcelo Amorim de Silva e Angelita Maria de Lima Silva, natural de Paudalho/PE, residente no Rua Padre Cícero Romão, nº 25, Centro, Lagoa do Carro/PE. Fone: não informado. Aos costumes, disse nada. Inquirido pela Autoridade passou a declarar o seguinte: **QUE**, afirma que é sobrinho da vítima, **MARIA JOSÉ CORREIA**, e no dia 17.08.2018, por volta das 09h00min, estava pilotando sua motocicleta na rodovia PE-90, se deslocando no sentido Lagoa do Carro/PE – Carpina/PE, e quando estava passando nas proximidades da comunidade de Vassouras, percebeu que uma caminhonete de cor branca passou em alta velocidade, cortando o declarante e outros veículos; **QUE**, logo depois, na comunidade de Aparecida, já nesta cidade de Carpina, viu que havia acabado de acontecer uma atropelamento, e parou para ver, quando viu que a vítima se tratava da sua tia, **MARIA JOSÉ**; **QUE**, ela estava muito machucada na cabeça, mas ainda estava consciente e conseguia falar; **QUE**, o motorista da caminhonete que causou o atropelamento estava no local, e o irmão da vítima, **ROMILDO**, também estava lá; **QUE**, **ROMILDO** estava muito nervoso e disse que eles estavam indo visitar um primo deles que mora em Aparecida, nesta cidade, e que haviam descido da Kombi e estavam atravessando a rodovia; **QUE**, **MARIA JOSE** foi levada com vida para o hospital da Restauração, mas entrou em óbito dois dias depois do acidente; **QUE**, acredita que o motorista da caminhonete estava dirigindo em alta velocidade, pois além dele ter passado antes pelo declarante correndo muito, o atropelamento ocorreu em uma subida e num local em que havia duas faixas para quem estava trafegando no sentido dele e do depoente. Lido e achado conforme, mandou a Autoridade encerrar o presente Termo, que o assina com o Depoente e comigo, Escrivão, que o digitei.

DELEGADA DE POLÍCIA

DEPOENTE: *Washington Amorim de Lima Silva*

ESCRIVÃ DE POLÍCIA: *[Assinatura]*



ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 424558 - AGF AVENIDA GETULIO VARGAS  
OLINDA - PE  
CNPJ...: 03117161000158 Ins Est.: 050950002

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEGURADORA LIDER CONSOR SEGU  
CNPJ/CPF.....: 09240608000104  
Doc. Post.....: 313799440  
Contrato...: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao...: 62267655

Movimento...: 12/02/2019 Hora.....: 14:48:11  
Caixa.....: 90371571 Matrícula...: 0798\*\*\*\*  
Lancamento...: 005 Atendimento: 00053  
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1598721162

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26*
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	242	
CNPJ/CPF Remet : 28577701468		
Nome Remetente...: MARISELMA ALEIXO DE MORAES		
Endereco Remet...: RUA FRANCISCO ANTONIO DA S		
Cont Endereco...: ILVA,283 - CENTRO		
Cep Remetente...: 55820-000		
Cidade Remet...: LAGOA DO CARRO		
UF Remet.....: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino: 20091-205 (RJ)		
Peso real (G).....	242	
OBJETO.....: DY094122495BR		
=====		
=====		

TOTAL DO ATENDIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima  
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante  
apresentação de fatura. Os valores constantes  
desta comprovante poderão sofrer variações de  
acordo com as cláusulas contratuais  
Nome: RG:

Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-IEI 6530/78

Ganhe tempo!  
Baixe o APP de Pré-Atendimento dos Correios  
Tenha sempre em mãos o número do ID Tiquete  
desta comprovante, para eventual contato com  
os Correios.

DATA DE EMISSÃO SARA 7.8.02



## PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

**OUTORGANTE:** DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA, brasileiro, solteiro, agricultor, nascido em 16.06.1984 na cidade de Recife/PE, filho de: Derivaldo Beijamim de Oliveira e Maria José Correia, portador da Carteira de Identidade RG nº 6.921.672 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 063.672.874-93 residente e domiciliado na Rua Quatorze, Nº236, Loteamento José Fernando Lobo (Próximo a Creche) Lagoa do Carro – PE, com celular: 97305-9964, **constituo e nomeio os bastantes procuradores:**

**OUTORGADA:** Dra. MARISELMA ALEIXO DE MORAES, Advogada inscrita na OAB/PE 26.376 com endereço para intimações: Rua Antônio Francisco da Silva, Nº258, Centro (Sala dentro da Prefeitura de Lagoa do Carro) Lagoa do Carro- PE. **Celulares: Dra. Mariselma 81 98145 1962 – 81 99828 3943 - 81 99434 2801.**

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para **REPRESENTAR OS INTERESSES DO OUTORGANTE PERANTE A SEGURADORA LIDER, ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT** podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato Representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, **propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública em Território Nacional.**

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga a outorgada acima descrita, os poderes especiais para **RECEBER O SEGURO DPVAT REFERENTE A MORTE POR ACIDENTE DA GENITORA DO OUTORGANTE EM CONTA BANCÁRIA.**

Lagoa do Carro/PE, 11 de Fevereiro de 2019.

**Parto**

DeYkisson Beijamim Correia


Outorgante



Registro Civil das Pessoas Naturais  
Rua Jamilson Correia de Melo  
Reconheço por autenticidade a firma indicada  
LEWYSSON BENJAMIN GOMES  
que confere a c/c padrão desta serventia. Dou  
fé.  
Lagoa do Carro, 11 de fevereiro de 2019 12:26:18.  
Em st. verídica  
Thiago Victor de Souza C. Ribeiro (escriturante)  
Valor Total R\$ 4,65  
Selo: 6074492.HBA01701902.00317



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Condôncias do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Número do Sinistro: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

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: 09/04/2019

Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

CPF: 063.672.874-93

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019

Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO

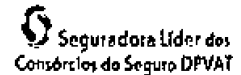
CPF: 134.037.047-69

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Número do Sinistro: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do acidente: 17/08/2018

CPF: 398.274.704-00

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

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 cancela 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: 15/07/2019  
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA  
CPF: 063.672.874-93

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: Alexandre Tavares Belfort  
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort





ECT - EMP. BRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS  
Ag: 424558 - ACF AVENIDA GETULIO VARGAS - PE  
OLINDA  
CNPJ....: 03117161000158 Ins Est.: 050050002

COMPROVANTE DO CLIENTE

Cliente.....: SEQUADORA LIDER CONSOR SEGU  
CNPJ/CPF.....: 09248608000104  
Doc. Post.....: 319821472  
Contrato....: 9912280636 Cod. Adm.: 11205709  
Cartao....: 62267655

Movimento...: 01/04/2019 Hora.....: 10:06:41  
Caixa.....: 31025001 Matrícula...: 1193\*\*\*\*\*  
Lancamento...: 017 Atendimento: 00014  
Modalidade...: A Faturar ID Tiquete...: 1621381919

DESCRIÇÃO	QTD.	PREÇO(R\$)
SEGURO DPVAT ATE 30	1	23,26+
Valor do Porte(R\$)...	23,26	
Peso real (G).....	54	
CNPJ/CPF Remet : 28577701464		
Nome Remetente : KANIELMA A. MORAES		
Endereço Remet : RUA LOTEAMENTO JOSE FERNAN		
Cont Endereço...: DO LOBRO, 14 236 - CENTRO		
Cep Remetente...: 55820-000		
Cidade Remet....: LAGOA DO CARRO		
UF Remet.....: PE		
POSTAL RESPOSTA DPV	1	29,00+
Valor do Porte(R\$)...	29,00	
Cep Destino: 28031-205 (RJ)		
Peso real (G).....	64	
OBJETO.....: 0Y1476185538R		

TOTAL DO ALENTOIMENTO(R\$) 52,26

Valor Declarado não solicitado(R\$)  
No caso de objeto com valor,  
utilize o serviço adicional de valor declarado

A FATURAR

Reconheço a prestação do(s) serviço(s) acima  
prestado(s), o(s) qual(is) pagarei mediante  
apresentação da fatura. Os valores constantes  
deste comprovante poderão sofrer variações de  
acordo com as cláusulas contratuais

Ass. Responsável.....

SERV. POSTAIS: DIREITOS E DEVERES-LEI 6538/78



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradorafidel.com.br](http://www.seguradorafidel.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189  
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES:**

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, \* nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas 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 dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.



**DPVAT**

**ENDEREÇO DESTINÁRIO:**

**CAIXA POSTAL 40.970**

**CEP: 20270-971**



**AR**



**REMENTENTE:**

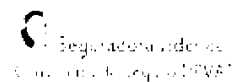
**DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA**

**ENDEREÇO: RUA 14, N° 236, LOTEAMENTO JOSÉ FERNANDO LOBO, LAGOA  
DO CARRO/PE**

**CEP: 55820-000**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Número do Sinistro: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Outros

**DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

### 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: 15/07/2019  
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA  
CPF: 063.672.874-93

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

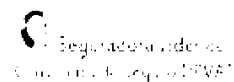
Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: Alexandre Tavares Belfort  
CPF: 024.208.707-86

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

Alexandre Tavares Belfort



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

**Vítima:** MARIA JOSE CORREIA

**CPF:** 398.274.704-00

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 17/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA JOSE CORREIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Certidão de óbito  
Comprovação de ato declaratório  
Documentos de identificação  
Outros

#### DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93

Autorização de pagamento  
Certidão de nascimento  
Comprovante de residência  
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](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: 22/02/2019  
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA  
CPF: 063.672.874-93

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

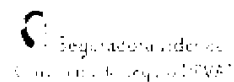
Data do cadastramento: 22/02/2019  
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA  
CPF: 124.570.097-90

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

DAIANE SANTOS BARBOZA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067312/19

Número do Sinistro: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

CPF: 398.274.704-00

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 17/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA JOSE CORREIA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

**DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA : 063.672.874-93**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

### 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: 09/04/2019  
Nome: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA  
CPF: 063.672.874-93

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019  
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO  
CPF: 134.037.047-69

DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO





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

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA

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

Pag. 01456/01456 - carta\_01 - MORTE

00010728

Carta nº 14014270







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

Rio de Janeiro, 01 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovante de residência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01995/01996 - carta\_03 - MORTE

00030998



Carta nº 14016224





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

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190168217

Vítima: MARIA JOSE CORREIA

Data do Acidente: 17/08/2018

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de únicos herdeiros não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01921/01922 - carta\_03 - MORTE

00050961



Carta nº 14208799





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

---

**Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190168217**

**Vítima: MARIA JOSE CORREIA**

**Data do Acidente: 17/08/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA**

**Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: DEYKISSON BEIJAMIM CORREIA**

**Valor: R\$ 6.750,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000001242**

**Conta: 0000075970-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01483/01484 - carta\_12 - MORTE

00020742



Autorização de pagamento



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário com 16 ou 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPI da Vítima

398274.704-00

Nome completo da vítima

Maria José Correia

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Deykisson Benjamin Correia		CPF titular da conta 063672874-93	Profissão
Endereço Rua 14 nº 336	Número 336	Complemento Casa	
Bairro Botequento José F. Lôbo	Idade Laquea do Carmo	Estado PE	CEP 55890.000
E-mail			Telefone (DDD) 973059964

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima, Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

- ☐ RLCUSO INFORMAR ☐ SLR RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
- ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA NR0	DV	CONTA NR0	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

BANCO Nome	NR0
AGÊNCIA NR0	CONTA NR0
DV	DV
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife 12 de fevereiro de 2019

Local e data

X Deykisson Benjamin Correia

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V003/2017



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

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

Nome completo: JOSE LOMBEIRO CPF: 063642876-93

Profissão: \_\_\_\_\_ Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: OUTEIRO Cidade: LAGOAS DO CARMO Estado: PE CEP: 55200000

E-mail: PMF84219@GMAIL.COM Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

#### RENDIA MENSAL:

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

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

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

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

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

#### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e data, União 12/02/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FOR 001 V001/2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradorafider.com.br](http://www.seguradorafider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189  
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES:**

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, \*nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas 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 dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 3190168217 CPF da vítima: 398.274.704-00 Nome completo da vítima: Maria José Correia

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

Nome completo: Deukisson Benjamin Correia CPF: 063.672.874-93

Profissão: agricultor Endereço: Rua: Duarteza Número: 236 Complemento:

Bairro: Lotamente José Fernando Lagoa do Carro Cidade: PE CEP: 55820-000

E-mail: Tel. (DDD): 8197305-9964

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

RENDAS MENSAL: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ ATÉ R 1.000,00 ☐ R 3.001,00 ATÉ R 5.000,00 ☐ R 7.001,00 ATÉ R 10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R 1.001,00 ATÉ R 3.000,00 ☐ R 5.001,00 ATÉ R 7.000,00 ☐ ACIMA DE R 10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104) OP. 013

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1242 CONTA: 00075970

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CC

(Informar o dígito se existir)

Autorização de pagamento



(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

Vivos: Fallecidos:

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.

Local e Data, Nome: CPF: 063.672.874-93

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1º Nome: CPF: Assinatura  
2º Nome: CPF: Assinatura



(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h  
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189  
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06  
Ouvidoria: 0800 021 91 35

**INSTRUÇÕES IMPORTANTES:**

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, \* nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas 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 dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

16/MAR/2019

HORA DE 08:37:25

COT. 15.011795-7

TERM 010650

LOCALIDADE: LAGOA DO CARRO  
AG. VINCULADA: 1242

~~1242 013 00075970-9~~

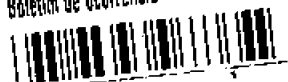
DEPOSITO NAO EFETIVADO

loterias CAIXA

Agência 1242  
Operação: 013  
Conta Poupança: 000 75970-9.  
Caixa Econômica



புலிமேல் ௧6 ஓட்டங்கள்



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0334001035

**ATROPELAMENTO COM VITIMA FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 17/8/2018 às 12:00

RECEBIDO  
01/06/2014  
Seguradora Lider DPVAT

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHIDO

18/01/2023 14:00:00



21/03/2018

Boletim de Ocorrência

Localidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKD7682 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Modelo: CARTEMINHETE

Complemento / Observação

SEGUNDO RELATO DO NOTICIANTE E FILHO DA VÍTIMA, EM 17/03/2018, AS 12:00 HORAS, A VÍTIMA SAIU DE SUA RESIDÊNCIA PARA FAZER UMA VISITA DE ROTINA AO SEU IRMÃO, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A RODOVIA ESTADUAL, QUE CRUZA O MUNICÍPIO DE CARPINA-PE, UMA CARTEMINHETE DE PLACA KKD-7682-PE, FEZ UMA ULTIMA PASSAGEM PROIBIDA, ATRÓPELOU A VÍTIMA NO ACOSTAMENTO DA RODOVIA, DE IMEDIATO O SEU IRMÃO ACIONOU UMA VIATURA DO SAMU, QUE O SOCORREU PARA BARTERIDADE UNIDADE MSTA DE CARPINA-PE. DEPOIS DOS PRIMEIROS SOCORROS, A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO, QUANDO VIO A OBITO EM 18/03/2018, AS 18:00 HORAS, GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER ASSINADA PELO MÉDICO DR. MARCOS ALCKIN J. CRISPE, 26503, O NOTICIANTE RELATA QUE APESAR DO AUTOR SER CONDUZIDO PARA DELEGACIA DO MUNICÍPIO DE CARPINA PELOS POLICIAIS DA POLICIA MILITAR DE PERNAMBUCO, FOI LIBERADO LOGO EM SEGUIDA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

  
DELKISSON BENJAMIM CORREIA  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: PAULO RICARDO DA SILVA - Matrícula: 3811522



Pendências

o Simistwo já

foi aberto

Simstwo 3190 168217

\* Protocolo que pediu novos  
doc. 28580421

pendente: nº da conta  
e endereço atualizado



Nome RG: 235.7781468  
 Endereço: RUA FRANCISCO ANTONIO DA S  
 Cont. End: 11. VA. 283 - CENTRO  
 Cep: 65020-000  
 Cidade: LAGOA DO CARRO  
 UF: PE  
 POSTAL RESPOSTA DPV  
 Valor da Porte(R\$) 1 29,00 29,00+  
 Cap Destino: 20031-205 (RJ)  
 Peso real (G) 242  
 OBJETO: 819941224588

242  
 819941224588  
 29,00+

52,26  
 Valor não solicitado(R\$)  
 Valor declarado com valor  
 Taxa adicional de valor declarado

A FATURAR  
 Descrição do(s) serviço(s) ativo(s)  
 Valor(18) pagável adiantado  
 Obs. Os valores constantes  
 poderão sofrer variações de