



Número: **0805811-95.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/01/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
TAUANY SOARES BATISTA (AUTOR)		JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO (ADVOGADO)	
ALEXANDRE SOARES BATISTA (AUTOR)		JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO (ADVOGADO)	
EWERTON SOARES DE OLIVEIRA (AUTOR)		JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO (ADVOGADO)	
JOAO BATISTA EMIDIO DA SILVA (AUTOR)		JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38802 259	27/01/2021 15:48	Petição	Petição
38802 262	27/01/2021 15:48	2706829_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
38802 263	27/01/2021 15:48	2706829_JUNTADA_DE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9814153

A/C: EWERTON SOARES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160590712 ASL-1085380/16
Vitima: EDILMA SOARES BATISTA
Data Acidente: 12/04/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00125/00126 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9814759

A/C: TAUANY SOARES BATISTA

Sinistro: 3160590712 ASL-1085380/16
Vitima: EDILMA SOARES BATISTA
Data Acidente: 12/04/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00127/00128 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9815057

A/C: JOAO BATISTA EMIDIO DA SILVA

Sinistro: 3160590712 ASL-1085380/16
Vitima: EDILMA SOARES BATISTA
Data Acidente: 12/04/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00129/00130 - carta_01



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº 10768512

a/c: TAUANY SOARES BATISTA

Sinistro: 3160590712 ASL-1085380/16
Vitima: EDILMA SOARES BATISTA
Data Acidente: 12/04/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01175/01176 - carta_16



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº 10768794

a/c: EWERTON SOARES DE OLIVEIRA

Sinistro: 3160590712 ASL-1085380/16
Vitima: EDILMA SOARES BATISTA
Data Acidente: 12/04/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01177/01178 - carta_16

00020589



Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº 10769881

a/c: JOAO BATISTA EMIDIO DA SILVA

Sinistro: 3160590712 ASL-1085380/16
Vitima: EDILMA SOARES BATISTA
Data Acidente: 12/04/2015
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01179/01180 - carta_16





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELO _____



"0014"

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Batista Emilio da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 5745110 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 16/09/1996CPF 030676399-40 / CNPJ _____ PROFISSÃO REUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ REUSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilma Soares Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N° da CONTA (com dígito, se existir) 065.955-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Mancação, 03 de Abril de 2016

LOCAL E DATA

João Batista Emilio da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

CORRETORA

26 SET. 2016

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984>

Número do documento: 21012715481031400000036993984

Num. 38802262 - Pág. 7

CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0000 726 0101
OUVIDORIA 0000 725 7474

259-675736404-6

16/SET/2015 HORA DE 08:41:41

ST: 13.15001 9 TERM: 007000

LOCALIDADE: RIO TINTO
AG. VINCULADA: 0044 CONTROLE: 353500920

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0044 013 00065855-5

JOAO BATISTA-EMIDIO SILVA

VALOR : 200,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

259-675736404-6

VIA DO CLIENTE

CAIXA Loterias

**CG
CORRETORA**

26 SET. 2016

DPVAT/PB





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO I



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Taiana Soares Batista
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.082.432 EXPEDIDO POR SSD51 PB EM 17,08,2016 E
CPF 117040704-81 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO RECURSO
E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSO (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Estelma Soares Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 093.881-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Maracão, 03 de Abril de 2016 Taiana Soares Batista
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas/hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurocontrato.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CORRETORA

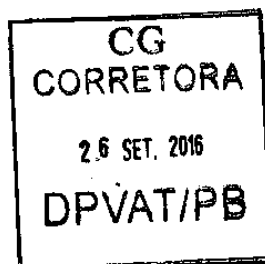
26.08.2016
DPVAT/PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984>

Número do documento: 21012715481031400000036993984





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Euerton Soares de Oliveira
 PORTADOR(A) DO RG Nº 48.076.997-4 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 24/07/2016
 CPF 397795678-24 / CNPJ _____, PROFISSÃO Recusou-se
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilma Soares Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0049 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 96330-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Maracão de 30 de Julho de 2016, Euerton Soares de Oliveira
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CG
CORRETORA

DPVAT/PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

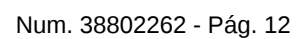
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984>

Número do documento: 21012715481031400000036993984

CAIXA Loterias

VIA DO CLIENTE

DPVAT/PB





GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
MARCAÇÃO/PB

Livro nº: 001/2016

Ocorrência nº: 023/2016

Aos 03 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESEIS, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a): **NORIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) AD HOC, aí, por volta 10h:39min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

TAUANY SOARES BATISTA, conhecido Por, apresentou a Identidade nº: 4082431 SSP/PB, CPF nº: 117.040.704-81, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: estudante, filho(a) de Edilma Soares Batista, natural de Guarulhos/SP nascido(a) em 23/04/1996 (20 anos de idade), do sexo Feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aldeia Tramataia - zona rural - Rio Tinto/PB, tendo como ponto de referência Rio Tinto/PB, fone(s) para contato(83)

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE COM MORTE;
- 2) DATA DO FATO: 12/04/2015;
- 3) HORÁRIO:;
- 4) LOCAL: NA CIDADE DE Marcação/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que, a noticiante é filha da vítima do acidente a senhora EDILMA SOARES BATISTA; QUE, no dia do fato sua mãe vinha na garupa de uma moto pertencente a pessoa de JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA; QUE, ambos encontravam-se trafegando na 041/PB na altura do bar do Gaiamúm e do Ginásio de esportes da cidade de Marcação/PB, próximo a entrada da ALDEIA LAGOA GRANDE; QUE, segundo informações na época do fato a pessoa de João teria perdido o controle da moto e dona EDILMA que encontrava-se na garupa teria caído e em sentido contrário vinha outro veículo que teria passado por cima da vítima que veio a óbito enquanto estava sendo socorrida pelo SAMU; QUE, a referida moto pertence ao senhor JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA CONFORME XERO DO DOCUMENTO APRESENTADO NESTA DELEGACIA; QUE A MOTO É UMA HONDA CG 125 FAN, COR PRETA, PLACA OET3298/PB, ANO /MODELO 2011, CHASSI Nº 9C2JC4110BR782860, RENAVAN Nº 0034035193-4.

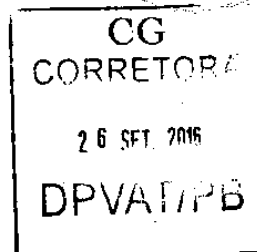
6) OBSERVAÇÕES: Sem observações

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitel.

Tauany Soares Batista
TAUANY SOARES BATISTA
Comunicante



D. Aguiar
Patrícia Neizida Albuquerque Gomes
Agente de Investigação
Polícia Civil
Matrícula 182.027-3





Cartório do Registro Civil
Marta M^a B. dos Santos - Oficiala
Andrellina B. dos Santos - Substituta
Edisio de Oliveira Silva - Escrevente
Marcação - 20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
EDILMA SOARES BATISTA

MATRÍCULA:

0699060155 2015 4 00002 201 0000999 10

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
feminino	Indigena	solteira, 42 anos ✓

NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Rio Tinto-PB	CPF nº: 169.141.918-40

ELEITOR
SIM - Nº 258668530191 Zona: 55 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)
ANTONIO SOARES BATISTA e MARIA CORDEIRO BATISTA, falecida. Resida na(o) Aldeia Tramataia, no município de Marcação-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
doze de abril de dois mil e quinze - 19:00	12	04	2015

LOCAL DO FALECIMENTO _____
Em via publica: PB-041Próximo a entrada da aldeia Lagoa Grande no município de Marcação-PB

CAUSA DA MORTE

Poli-traumatismo com fratura de base de crânio e lesão meningo-encefálica. Víctima de acidente de moto.

NOME DO MÉDICO / CRM Dr. Francisca Divina S. de Melo - CRM: 3272	LOCAL DO SEPULTAMENTO Cemitério da aldeia Camurupim no município de Maracão-PB
--	--

DECLARANTE
TAUANY SOARES BATISTA, Filha da falecida, brasileira, solteira, com 18 anos de idade, Estudante, residente e domiciliada: Aldeia Tramataia, Marcação-PB, natural de Guarulhos-SP

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Observações: Registro lavrado em 13/04/2015, no Livro C-00002, Nº 999, folha 201.
Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 22499271. Deixou bens e 07 filhos, sendo cinco (05) de menor idade

NOME DO OFÍCIO
Maria Maria Barreto dos Santos

OFICIAL REGISTRADOR
Marta Maria Barreto dos Santos

MUNICÍPIO DE
Maracão-PB

ENDEREÇO
Avenida João Ferreira dos Santos, 875 Centro Marcação-PB -
CEP: 58294000 Fone: (83) 36251105 E-mail:
cartorio-marta@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
 Marcação-PB, 13 de Abril de 2015

Marta Maria Barreto dos Santos

Marta Maria Barreto dos Santos
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: **AAH82280-7K07**

Consulte a autenticidade em: <https://setodigital.tjpb.jus.br>

CG
CORRETORA
26 SET. 2016
DPVAT/PB



CG
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL GERAL DE NANGUAPÉ

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO
GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER



Declaração de Únicos Herdeiros

COF

26 SET 2016

DPV

ENCERVAMENTO

☒ INL

☐ SVO

HORA 14:00

DATA DO ÓBITO

DATA 12/04/11

REGISTRO:

I - UNIDADE HOSPITALAR:

Hospital Geral de Nanguapé

ENDEREÇO:

II - IDENTIFICAÇÃO DO CADAVER

NOME:

Edilma Cordeiro Brito

IDADE:

SEXO:

F

COR:

COR DOS CABELOS:

OCCUPAÇÃO:

GESTANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

☒ IGR

SINAIS PARTICULARES:

RESIDÊNCIA:

Aldeia Tremelara

MUNICÍPIO:

Murici - PB

PARA ÓBITO FETAL E DE MENORES DE UM ANO PREENCHER

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

PAI OCUPAÇÃO HABITUAL:

MÃE OCUPAÇÃO HABITUAL:

PAI GRAU INSTRUÇÃO:

☐ NENHUMA

☐ FUNDAMENTAL

☐ 2º GRAU

☐ SUPERIOR

☐ IGR

MÃE GRAU INSTRUÇÃO:

☐ NENHUMA

☐ FUNDAMENTAL

☐ 2º GRAU

☐ SUPERIOR

☐ IGR

Nº DE FILHOS: NASCIDOS VIVOS

NASCIDOS MORTOS

TOTAL

DURAÇÃO DA GESTAÇÃO EM SEMANAS:

☐ MENOS DE 20

☐ DE 20 A 27

☐ DE 28 OU MAIS

GRAVIDEZ:

☐ ÚNICA

☐ DUPLA

☐ TRÍPLICE

☐ MAIS DE 03

☐ IGR

PARTO:

☐ ESPONTÂNEO

☐ OPERATÓRIO

☐ FÓRCEPS

☐ IGR

NOTA (EM RELAÇÃO AO PARTO):

☐ ANTES

☐ DURANTE

☐ DEPOIS

☐ IGR

PARA MENORES DE 28 DIAS OU ÓBITO: REZO AO NASCER:

☐ IGR

III - LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO:

☐ RESIDÊNCIA

☒ VIA PÚBLICA

☐ HOSPITAL

☐ TRABALHO

☐ OUTROS

ENDEREÇO:

IV - CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORREU A MORTE

1. ☐ MORTE NATURAL

☐ AGÔNICA

☐ SUBITA

2. ☒ MORTE VIOLENTA

2.1 ☐ HOMICÍDIO

2.3.1 ☒ TRÂNSITO

☒ PASSAGEIRO

2.2 ☐ SUICÍDIO

☐ PRESTRE

2.3 ☒ ACIDENTE

(Ratificação)



4 - CONDIÇÕES, AGENTE OU FONTE DA MORTE VIOLENTA

4.1 TIPO/INSTRUMENTO: ☐ ARMA DE FOGO ☒ ARMA BRANCA ☐ ENFORCAMENTO ☐ AFOGAMENTO
☐ QUEIMADURA ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ ESPANCAMENTO ☐ QUEDA DE NÍVEL

☐ USO DE DROGA QUAL? _____ ☐ OUTROS QUAL? _____ ☐ IGNORADO

4.2. MODO: ☐ AGRESSÃO FÍSICA ☐ ASSALTO ☐ AÇÃO POLICIAL ☐ AGRESSÃO SEXUAL

☒ OUTRO QUAL? Atropelamento ☐ IGNORADO

V - INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO

☒ CHEGOU SEM VIDA AO SERVIÇO

☐ FALECEU AO RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS

☐ FALECEU DURANTE DO INTERNAMENTO: _____ DIAS

FALECEU NO: ☐ PRÉ-OPERATÓRIO

☐ TRANS-OPERATÓRIO

☐ PÓS-OPERATÓRIO

QUADRO APRESENTADO AO CHEGAR NO HOSPITAL:

LESÕES APRESENTADAS EM REGIÕES DO CORPO: Craniocefalo e membros superiores e inferiores

SÍNTESE DA HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente de sexo masculino, 35 anos, de origem brasileira, residente em Rua - Rua grande e rua - Rua grande, por quem recebeu atendimento no SAMU, mas chegou ao hospital em estado de choque.

ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL:

☐ CLÍNICO, MEDICAÇÃO UTILIZADA:

☐ CIRÚRGICA, TIPO DE CIRURGIA:

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO: ☐ SIM ☐ NÃO (SE RETIRADO ENVIAR AO IML)

EXAMES COMPLEMENTARES DE RELEVÂNCIA:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS FORMULADAS: Atropelamento, TCE, Politrauma

OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIO:

EXAMES COMPLEMENTARES DE RELEVÂNCIA:

Wendell Reisant Romm
Médico
CRM-9181

DATA: 12/04/15

NOME: _____

CRM-PB: _____





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

Declaração de Óbito

22499271-6

I	Identificação	1 Tipo de óbito ☒ Fetal ☐ Não Fetal	2 Data do óbito 12/10/2018	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País) Município / UF								
		5 Nome do falecido Edilma Soares Batista	6 Nome do Pai Antônio Soares Batista	7 Nome da Mãe Marta Cordeiro Batista									
II	Residência	8 Data de nascimento	9 Idade Anos completos: 42 Meses: 00 Dias: 00	10 Sexo ☒ M - Masc. ☐ F - Femea	11 Raça/Cor ☒ Branca ☐ Preta ☐ Amarela	12 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo	13 Situação civil ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ União estável ☐ Separado judicialmente ☐ Divorçado						
		14 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	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Alameda Transamérica	16 CEP	17 Bairro/Distrito	18 Município de residência Município / UF	19 Código						
III	Ocorrência	20 Local de ocorrência do óbito ☒ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros ☐ Outros estabelecimentos de saúde ☐ Via pública ☐ Aldeia indígena	21 Estabelecimento	22 Endereço do endereço (rua, praça, avenida, etc.) PB 094	23 CEP	24 Bairro/Distrito	25 Município de ocorrência Município / UF	26 Código					
		27 Idade (anos) 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	28 Escolaridade (última série concluída)	29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	30 Código CBO 200	31 Número de filhos vivos Nascidos vivos: 00 Perdas fetais/abortos: 00	32 Nº de semanas de gestação	33 Tipo de gravidez ☒ Única ☐ Gêmeos ☐ Triplão e mais	34 Tipo de parto ☒ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorado	35 Morto em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado	36 Tempo ao nascer (horas e minutos)	37 Número da Declaração de Nascimento	
IV	Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE						38 Código CBO 200					
		39 Número de filhos vivos Nascidos vivos: 00 Perdas fetais/abortos: 00	40 Nº de semanas de gestação	41 Tipo de gravidez ☒ Única ☐ Gêmeos ☐ Triplão e mais	42 Tipo de parto ☒ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorado	43 Morto em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 9 Ignorado	44 Tempo ao nascer (horas e minutos)	45 Número da Declaração de Nascimento					
V	Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL						ASSISTÊNCIA MÉDICA		DIAGNÓSTICO CONFIRMADO			
		46 A morte ocorreu ☒ Na gravidez ☐ No parto ☐ Até 42 dias após o término da gestação ☐ Não ocorreu nestes períodos	47 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	48 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? ☒ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	49 Necropsia? ☒ Sim ☐ Não ☐ Ignorado	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte: 00 dias e 00 horas							
VI	Médico	CAUSAS DA MORTE						ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
		PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.						Devido ou como consequência de: 1. Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. 2. Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. 3. Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.					
VII	Causas externas	41 Nome do Médico Fernando Henrique de Melo						42 CRM 3212		43 Óbito atestado por Médico ☒ Assistente ☐ Substituto ☐ IML		44 Município e UF do SVO ou IML Município / UF	
		45 Nome de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 32125214						46 Data do atestado 12/10/2018		47 Assinatura Fernando Henrique de Melo		48 Assinatura do Médico Legista Município / UF	
VIII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)						49 Tipo de acidente ☒ Acidente ☐ Suicídio ☐ Homicídio ☐ Outros				50 Fonte da Informação ☒ Ocorrência Policial Nº ☐ Hospital ☐ Família ☐ Outra	
		51 Descrição sumária do evento Vítima de acidente de moto						52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) PB 094		53 Código		54 Registro	
IX	Município	56 Município						57 Código		58 Registro		59 Data	
		60 Município						61 Código		62 Registro		63 Data	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984

Número do documento: 21012715481031400000036993984

Num. 38802262 - Pág. 17



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

Marta Maria Barreto dos Santos
Cartório do Registro Civil e Notas de Marcação - Paraíba

Avenida João Ferreira dos Santos, 875 Centro, Marcação-PB-cartorio-marta@hotmail.com
Marta Maria Barreto dos Santos - Oficiala do Registro Civil Estefânia Barreto dos Santos - Oficiala Substituta

GUIA DE SEPULTAMENTO

Termo Nº: 999 Livro nº: C-00002 Folha nº: 201

Nome: EDILMA SOARES BATISTA

Endereço: Aldeia Tramataia, na cidade de Marcação-PB

Data Nascimento: 25/03/1973

Data Obito: 12/04/2015

Filiação: ANTONIO SOARES BATISTA
MARIA CORDEIRO BATISTA, falecida

Profissão: Pescador

Sepultamento: Cemitério da aldeia Camurupim, Marcação-PB*.

Cartório do Registro Civil
Marta M. B. dos Santos - Oficiala
Andrelina E. dos Santos - Substituta
Edisio de Oliveira Silva - Escrevente
Marcação - PB

Marcação-PB, 13 de abril de 2015


Marta Maria Barreto dos Santos
Oficiala do Registro Civil

CG
CORRETORA
26 SET, 2016
DPVAT/PB



EDILMA SOARES BATISTA
ALDEIA TRAMATAIA, S/N - AREA RURAL
MARCACAO/PB CEP 58280-000 (AG 14)

Classe/Subclasse RESIDENCIAL / BAIKA RENDA INDIVIDUAL MONOFÁSICA
Rotômetro 3 - 261 - 971 - 845
Número do medidor 00008487816

Referência: Abr/2015
Emissão: 07/04/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-16
CNPJ 06.096.183/0001-40 Insc Est 16.015.826
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica 1000 202 09
Código para Débito Automático: 0001170614

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

39b c382 94eb 77f9 ea16 4cbb 67b6 78b2

Conta referente a

Abr/2015

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da
próxima leitura

07/05/2015

CPF/CNPJ/RANI
18314181840

CDC (Código do Consumidor):

5/1170614-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

CG
CORRETORA

26 SET. 2015

DPVAT/PB

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 02/04/2015 PAGAS.
OBRIGADO!

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/03/15	Leitura 3090	Data 07/04/15	Leitura 2228	
			861	130

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 50 kWh-BR	50	0,00000	0,00
Consumo - 51 a 100 kWh-BR	50	0,22427	11,21
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	36	0,33840	12,11
Adic. B. Vermelho			2,42

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,89
COFINS	2,94
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	7,31
JUROS DE MORA 03/2015	0,68
MULTA 03/2015	1,00
ICMS (Base de Cálculo R\$ 85,84) Alíquota 27,00%	23,17

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/15	139
Fev/15	121
Jan/15	195
Dez/14	115
Nov/14	114
Out/14	106
Set/14	111
Ago/14	106
Jul/14	135
Jun/14	111
Mai/14	119
Abr/14	105

Média dos últimos meses
120 kWh

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

Indicadores de Qualidade 2/2015 - Ru Tota

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL		
DIC ANUAL		
FIC MENSAL	0,00	CONTRATADA 201
FIC TRIMESTRAL		Limite Inferior 231
FIC ANUAL		Limite Superior 231
DIC MENSAL	0,00	
DIC TRIMESTRAL		
DIC ANUAL		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa PB	10,57	17,06
Compra de Energia	12,93	20,90
Perdas de Transmissão	0,89	1,44
Encargos Setoriais	2,98	4,81
Impostos Diretos e Encargos	35,13	56,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	61,88	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ref. 2/2015) R\$ 5,78

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 32,35.
Requisito Extraordinário-Vigência 02/03/2015-Rio ANEEL Nº 1.858-Efeito médio 3,62%

PARAIBA

Rotômetro: 3 - 261 - 971 - 845
Matrícula: 1170614-2015-04-8

83670000000-0 61880054000-6 11706142015-6 04802610019-7

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984

Número do documento: 21012715481031400000036993984

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Batista Emídio da Silva,

RG nº 5745110, data de expedição 16/09/1996,

Órgão SSPIPE, CPF nº 030.676.304-40, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Aldeia Tramataia</u>
Número	<u>512º</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Monção</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58294-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

**CG
CORRETORA**
26 SET. 2016
DPVAT/PB

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Monção, PB, 01/04/2016.

João Batista Emídio da Silva

Assinatura do Declarante



EDILMA SOARES BATISTA
ALDEIA TRAMATANA, S/N - AREA RURAL
MARCAÇÃO / PB CEP: 58294-000 (AG 14)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA INDIVIDUAL MONOFÁSICO
Rotômetro: 3 - 201 - 871 - 645
Número de Medidor: 00009487818

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R: 230, Km 25 - Canto Retentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-6
CNPJ: 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.822
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000 202 06
Código para Débito Automático: 0001170814

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

39% C3B2 94eb 77fa ea18 4cb0 5768 7862

Conta referente a **CD (Código do Consumidor): 5/1170814-0**
Canal de contato

Abr / 2015

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da próxima leitura

07/05/2015

CPF / CNPJ / RANI
10914181940

Cálculo de consumo
Atual Constante Consumo Dias

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 02/04/2015 PAGAS.
OBRIGADO!

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Leitura Data Leitura 1 138 26

09/03/15 3080 07/04/15 3226

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 50 kWh-BR	50	0,00000	8,00
Consumo - 51 a 100 kWh-BR	50	0,22427	11,21
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	38	0,32840	12,11
Adic. B. Vermelha			3,43

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,93
COFINS	2,04
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA	7,31
JUROS DE MORA 03/2015	0,08
MULTA 03/2015	1,00
ICMS (Base de Cálculo R\$ 85,94) (Alíquota 27,00%)	23,17

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/15	128
Fev/15	121
Jan/15	155
Dez/14	115
Nov/14	114
Out/14	108
Set/14	111
Ago/14	105
Jul/14	135
Jun/14	111
Mai/14	118
Abr/14	105

Média dos últimos meses
120 kWh

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

Indicadores de Qualidade 2015 - Rô Teto

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC. MENSAL	13,20	0,00
DIC. TRIMESTRAL	26,34	0,00
DIC. ANUAL	52,68	0,00
FIC. MENSAL	6,50	0,00
FIC. TRIMESTRAL	17,08	0,00
FIC. ANUAL	34,16	0,00
CMSC	7,20	
CMCR	16,80	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços do Dist. de Energia PB	10,57	17,08
Consumo de Energia	12,83	20,50
Serviço de Transmissão	0,89	1,44
Encargos Setoriais	2,36	3,81
Impostos Diretos e Encargos	35,13	56,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	61,88	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição
(Ret. 2/2015) R\$ 3,78

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 32,34.
Resolução Extraordinária-Vigência: 02/03/2015-Res. ANEEL Nº 1.658-Efeito médio 3,92%

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

PARAIBA
Rotômetro: 3 - 201 - 871 - 645
Matrícula: 1170814-2015-04-8

83670000000-0 61880054000-8 11706142015-6 04802610019-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984>

Número do documento: 21012715481031400000036993984

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tauany Soares Batista

RG nº 4.082.431, data de expedição 17/08/2012

Órgão SSDS/PB CPF nº 117.040.704-81, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Aldeia Tramataua</u>	
Número	<u>612</u>	
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>Area Rural</u>	CG CORRETORA 26 SET, 2016 DPVAT/PB
Cidade	<u>Marcação</u>	
Estado	<u>PB</u>	
CEP	<u>58294-000</u>	
Telefone de contato		
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Marcação, PB, 01/04/2016

Tauany Soares Batista
Assinatura do Declarante





EDILMA SOARES BATISTA
ALDEIA TRAMATAIA, S/N - AREA RURAL
MARACACÁ/PB CEP 58284-000 (AG 14)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRACADA MONOFÁSICO
Rotômetro: 3 - 261 - 971 - 645
Número do medidor: 03006497818

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
R. 220, km 25 - Crista Redentor - São Paulo/PB - CEP 58071-0
CNPJ 08.056.183/0001-40 - Ins. Est. 16.019.72

Nela Fiscal/Código de Energia Elétrica: 17009.302-6
Código para Débito Automático: 600117041
Acesse: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

36h c387 9461 7775 ead8 4c00 5760 7802

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1170614-0**
Canal de contato

Abr / 2015

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.429, de 26 de abril de 2002

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da próxima leitura

07/05/2015

CPF / CNPJ / RANI
16014181640

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 06/03/15 Leitura: 3050	Data: 07/04/15 Leitura: 2228	1	128	28

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 02/04/2015 PAGAS.
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 50kWh-BR	50	0,00000	0,00
Consumo - 51 a 100kWh-BR	50	0,23427	11,71
Consumo - 101 a 220kWh-BR	35	0,39840	13,94
Adic. B. Vermeida			3,43

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS 0,80
COFINS 2,04
CONTRIBUIÇÃO LUM. PUEBLICA 0,80
JUROS DE MORA 03/2015 1,00
MULTA 03/2015 23,17
ICMS (Base de Cálculo R\$ 35,84) Alíquota 2,00%

Histórico de Consumo
(kWh)

Mês/Ano	Consumo (kWh)
Mar/15	128
Fev/15	121
Jan/15	155
Dez/14	115
Nov/14	114
Out/14	108
Set/14	111
Ago/14	105
Jul/14	125
Jun/14	111
Mai/14	110
Abr/14	165

Média dos últimos meses
120 kWh

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

Indicadores de Qualidade 2/2015 - Rio Tinto

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 13,20	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 25,34		
DIC ANUAL 52,69		
FIC MENSAL 8,20	0,00	CONTRATADA 201
FIC TRIMESTRAL 17,09		Limite Inferior 231
FIC ANUAL 34,18		
BASE 7,20	0,00	
DICRU 16,80		

Descrição	Valor (R\$)	%
Sancões de Uso da Energia PB	10,57	17,08
Compra de Energia	13,93	22,50
Sancões de Transmissão	0,89	1,44
Encargos Sociais	2,36	3,81
Impostos Diretos e Encargos	25,12	40,77
Custos Serviços	0,00	0,00
Total	61,88	100,00

Valor do encargo de Uso do Sistema de Distribuição
(R\$ 27/2015) R\$ 2,78

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Basic Renda, tendo um desconto de R\$ 32,35
Requisito Extraordinário-Vigência: 02/03/2015-Rec. ANEEL Nº 1.858-Efeito médio 3,02%

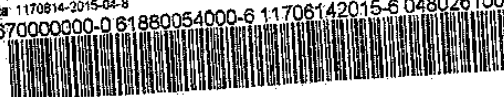
VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

PARÁIBA
Rotômetro: 3 - 261 - 971 - 645
Matrícula: 1170614-2015-04-8
83670000000-0 61880054000-6 11706142015-6 04802610019-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984

Número do documento: 21012715481031400000036993984

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ewerton Soares de Oliveira

RG nº 48.076.987-4, data de expedição 24/01/2011,
Órgão SSP/SP, CPF nº 397.785.678-24, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Aldeia Tramatoia</u>
Número	<u>51º</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Maracão</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58944-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

CG
CORRETORA

26 SET, 2016

DPVAT/PB

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maracão / PB, 30/07/2016

Ewerton Soares de Oliveira
Assinatura do Declarante



JOMARIO DE JACONCELOS COUTINHO
AV VASCO DA GAMA, 1034 - JAGUARIBE
JOAO PESSOA/PB CEP: 58015-180 (AG 1)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TRIFÁSICO
Roteiro: 13 - 1 - 183 - 1740
Nº medidor: 0000893189

Referência: Mai/2016
Emissão: 20/05/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ 08.095.193/0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0
Nota Fiscal / Corte de Energia Elétrica Nº 000 527.745
Código para 2ª via Automática: 0500471833

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 5/471683-3

Canal de contato

Mai/2016

Apresentação

20/05/2016

Data prevista da
próxima leitura

21/06/2016

CPF / CNPJ / RANI

3469416438

Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 19/05/2016 PAGAS
OBRIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
20/04/16	3913	20/05/16	4009	

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	186	0,41817	80,70
ICMS			31,68
PIS			0,84
COFINS			3,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA			4,88

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr/16	170
Mar/16	183
Fev/16	185
Jan/16	231
Dez/15	238
Nov/15	244
Out/15	283
Set/15	297
Ago/15	194
Jul/15	182
Jun/15	265
Mai/15	304

Média dos últimos meses
228 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	116,08	27,00%	31,56
PIS	116,08	0,7193%	0,84
COFINS	116,08	3,3032%	3,89

VENCIMENTO

30/05/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 121,86

76c0.166a.bbfa.1fb1.4a53.c15c.7621.fad3.

Indicadores de Qualidade

3/2016 - João Pessoa

Índices	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,40	0,00
DIC TRIMESTRAL	10,55	
DIC ANUAL	21,73	
FIC MENSAL	3,50	0,00
FIC TRIMESTRAL	6,87	
FIC ANUAL	13,85	
DMC	3,11	0,00
DSO	12,22	

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/PB	28,83	24,52
Compra de Energia	38,08	32,12
Serviço de Transmissão	2,34	1,92
Encargos Setoriais	6,46	5,39
Impostos Diretos e Encargos	40,86	33,87
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	121,86	100,00

Valor do EUSD (Ref. 3/2016) R\$ 37,53

ATENÇÃO



TERM 08001781 AGENTE 700894 AUTE 70428
23/05/2016 BANCO DO BRASIL 12:38:10
001193381 CORRESPONDENTE BANCARIO 0414

COMPROVANTE PAGAMENTOS COM COD. BARRA

CONVENIO: FIDC - ENERGISA PARAIBA

8365080001 21668149000 04716832016

95680010019 11.781

NR. DOCUMENTO 97.262-2

NR. CONVENIO 23-05/2016

DATA DO PAGAMENTO 121,66

VLR DO PAGAMENTO

NR. AUTENTICACAO B.02C.188.820.042.A62

VIA DO CLIENTE

PAG FACIL

CG
CORRETORA

28 SET. 2016

DPVAT/PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984

Número do documento: 21012715481031400000036993984

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOMÁRIO DE VASCONCELOS COUTINHO,
RG nº OAB/PB 14135-B, data de expedição 01/01/2013,
Órgão OAB/PB, CPF nº 034.534.154-36, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. VASCO DA GAMA</u>	
Número	<u>1037</u>	CG CORRETORA 26 SET. 2016 DPVAT/PB
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>JAGUARIBE</u>	
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>	
Estado	<u>PARAÍBA</u>	
CEP	<u>58015-780</u>	
Telefone de contato	<u>(83) 38874-9800 / (83) 33127-7117</u>	
E-mail	<u>JOMARIOCOUTINHO@GMAIL</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / PB, 05/04/2016.

Assinatura do Declarante





ANEXO II

DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

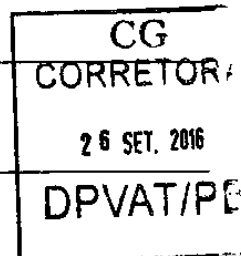
A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu, Tomario de Vasconcelos Coutinho,
portador (a) do RG Nº 14135-B, expedido por OAB-PB,
em 01/02/2013 CPF/CNPJ Nº 034.594.154-36, na qualidade de
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) João Batista Emilio
da Silva
do sinistro de DPVAT da natureza Monte
da vítima Edilma Soares Batista e conforme
determinação da Circular SUSEP Nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recusa-se
Documentos comprobatórios: Recusa-se
X [Assinatura]
ASSINATURA – PROCURADOR(A)/INTERMEDIÁRIO(A)





DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. Gizelly Soares da Silva	Filha	Menor	
2. Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3. Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4. Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5. Tavyany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Everton Soares de Oliveira - Filho
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Marcação PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Edilma Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

Everton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emilio da Silva	5745110	030.676.304-40	<u>João Batista Emilio da Silva</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>6001318</u>	<u>053.327.924-09</u>	<u>João Batista Emilio da Silva</u>
2. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>2531682</u>	<u>034.594.154-31</u>	<u>João Batista Emilio da Silva</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT

SAC DPVAT 0800 022 1204

www.segurodotransito.com.br

CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984

Número do documento: 21012715481031400000036993984

Num. 38802262 - Pág. 28



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. Gizeley Soares da Silva	Filha	Menor	
2. Albert Soares da Silva	Filho	Menor	
3. Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4. Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5. Tavyany Soares Batista	Filha	4.082.431	119.040.704-81

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: Guerton Soares de Oliveira - Filho
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Tavyany Soares Batista
ASSINATURA DO DECLARANTE

X Guerton Soares de Oliveira
ASSINATURA DO DECLARANTE

X Felipe Soares Batista
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emilio da Silva	5745110	030.676.304-40	<u>João Batista Emilio da Silva</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

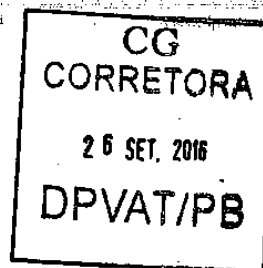
NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>5745110</u>	<u>030.676.304-40</u>	<u>João Batista Emilio da Silva</u>
2. <u>Guerton Soares de Oliveira</u>	<u>5531682</u>	<u>034.584.154-31</u>	<u>Guerton Soares de Oliveira</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT

SAC DPVAT (0800) 02 1204





DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Epilma Soares Batista em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. Gizeley Soares da Silva	Filha	Menor	
2. Albert Soares da Silva	Filho	Menor	
3. Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4. Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5. Tavyany Soares Batista	Filha	4.082.431	119.040.704-81

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Ewerton Soares de Oliveira - Filho
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Marcação IPB - 01/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 01/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 01/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

x Tavyany Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

x Ewerton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

x Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. Srta. Batista Emilio da Silva	5745110	030.676.304-40	<u>x Srta. Batista Emilio da Silva</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>José Roberto da Silva</u>	<u>6051318</u>	<u>053.327.924-09</u>	<u>José Roberto da Silva</u>
2. <u>José Roberto de V. Coutinho</u>	<u>2531682</u>	<u>034.594.154-31</u>	<u>José Roberto de V. Coutinho</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Luter DPVAT

SAC DPVAT 0010127204

CG
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB





DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (A)	RG	CPF
1.	Gizelly Soares da Silva	Filha	Menor	
2.	Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3.	Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4.	Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5.	Tavany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Ewerton Soares de Oliveira - Filho
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros / beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Maracão IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Maracão IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Maracão IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Taurel Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Ewerton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emilio da Silva	5745110	030.676.304-40	<u>X João Batista Emílio da Silva</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emílio da Silva</u>	<u>5745110</u>	<u>030.676.304-40</u>	<u>X João Batista Emílio da Silva</u>
2. <u>João Batista Emílio da Silva</u>	<u>5745110</u>	<u>030.676.304-40</u>	<u>X João Batista Emílio da Silva</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT

SAC DPVAT 0800 022 121

www.dpvatsegurodotransito.com.br

CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB





DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. Gizeley Soares da Silva	Filha	Menor	
2. Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3. Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4. Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5. Tavyany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Gervilton Soares de Oliveira - Filho
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Maracão PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Maracão PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Maracão PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Edilma Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

Quelton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emilio da Silva	5745110	030.676.304-40	<u>João Batista Emilio da Silva</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>José Roberto Soares da Silva</u>	<u>6771318</u>	<u>053.327.924-07</u>	<u>José Roberto Soares da Silva</u>
2. <u>Júlio de V. Coutinho</u>	<u>2531682</u>	<u>034.594.154-31</u>	<u>Júlio de V. Coutinho</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguros DPVAT

SAC DPVAT - 0800 077 0014

CG

CORRETORA

26 SET, 2016

DPVAT/PB





DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. Gizeley Soares da Silva	Filha	Menor	
2. Albert Soares da Silva	Filho	Menor	
3. Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4. Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5. Tavyany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Gervanton Soares de Oliveira - Filho
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Marcação PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Tavyany Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Gervanton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emilio da Silva	5743110	030.676.304-40	<u>X João Batista Emilio da Silva</u>

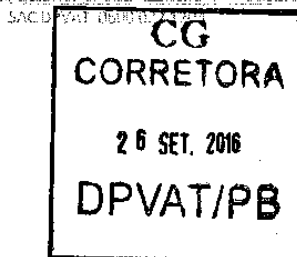
DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>José Roberto Soares de Mello</u>	<u>6001318</u>	<u>053.327.924-079</u>	<u>José Roberto Soares de Mello</u>
2. <u>José Maria de V. Coutinho</u>	<u>2533682</u>	<u>034.594.154-36X</u>	<u>José Maria de V. Coutinho</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter **ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS**, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua **entre 16ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS)**, o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT





0012

Documentos de Identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26.743.646-4 DATA 30/JAN/2006

NOME EDILMA SOARES BATISTA

FILIAÇÃO ANTONIO SOARES BATISTA

E MARIA CORDEIRO BATISTA

NATURALIDADE RIO TINTO -PB DATA DE NASCIMENTO 25/MAR/1973

DOC ORIGEM MARCAÇÃO PB

MARCAÇÃO

CPF CN:LV.A1 /FLS.176V/N.000311

Q.A.L. Delegado Divisão

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8600-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT

PROIBIDO PLASTIFICAR

Edilma S. Batista

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CG
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

169.141.918-40

EDILMA SOARES BATISTA

25/03/1973



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:11

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481031400000036993984>

Número do documento: 21012715481031400000036993984

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26.743.640-7 25/03/2006

NOME EDILMA SOARES BATISTA

FILIAÇÃO ANTONIO SOARES BATISTA

E MARIA CORDEIRO BATISTA

NATURALIDADE RIO TINTO -PB DATA DE NASCIMENTO 25/MAR/1973

DOC ORIGEM MARCAÇÃO PB

MARCAÇÃO

CN:LV.A1 /FLS.176V/N.000311

CPF

Delegado Divisória

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMMELTON PAUNT

8600-9

PROIBIDO REPRODUZIR

Edilma S. Batista

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PARAIBA
COMARCA DE RIO TINTO
MUNICÍPIO DE MARCAÇÃO
DISTRITO DE XXX XXX



Marta Maria Barreto dos santos

Oficial _____ do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 4.850

DOCUMENTO IDENTIFI-
CAÇÃO.

CERTIFICO que, às fls. 213-V do livro n.º A-05 de Registro de Nascimentos
foi feito hoje o assento de Gizelly soares da silva

nascida aos D e z (10) de Novembro de 2004.

XXX às 19:00 horas e 14 minutos, em 0 Instituto

Cândida Vargas em João Pessoa-PB.

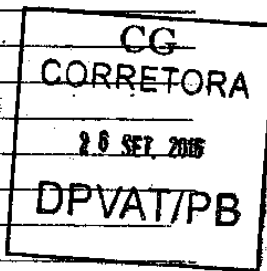
XXX do sexo Feminino.

filha de João Batista Emidio da silva.

natural de Paraiba.

e de Dona Edilma soares Batista.

natural de Paraiba.



Seus avós paternos severino Emidio da silva.

e Dona Antonia Francisca da Conceição.

e avós maternos Antonio soares Batista.

e Dona Maria Cordeiro Batista.

Foi declarante O Pai.

e serviram de testemunhas Marta Conceição de Lima e

Andreolina Barreto dos santos.

Observações: XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

XXX XXX XXX

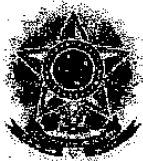
XXX XXX XXX

O referido é verdade e dou fé.

Marcação, 22 de Novembro de 2004.

Marta Maria Barreto dos santos
Oficial





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA
SERVIÇO REGISTRAL E NOTORIAL
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL
COMARCA DE RIO TINTO
MUNICÍPIO DE MARCAÇÃO



MARTA MARIA BARRETO DOS SANTOS (Titular)

NASCIMENTO Nº 5.154

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CERTIFICO que, às fls 290 livro nº A-5 de Registro de nascimento foi
feito hoje o assento de ALBERTO SOARES DA SILVA
Nascido aos Seis 06 de Novembro de 2006
às 15:00 horas e 10 minutos em a Maternidade Frei Damião - João Pes-
soa - PB.

do sexo Masculino filho de João Batista Emidio da Silva
natural da Paraíba
e de Dona Edilma Soares Batista
natural de Paraíba

Sendo avós Paternos Severino Emidio da Silva
e Dona Antonia Francisca da Conceição, falecida.
e avós Maternos Antonio Soares Batista
e Dona Maria Cordeiro Batista, falecida.
Foi declarante O Pai.

e serviram de testemunha Maria das Neves Ferreira da Silva e Elizabete Medei-
ros da Silva

Observação XXX XXX XXX

O referido é verdadeiro e dou fé.



Marcação, 13 de Novembro 2006.

Marta Maria Barreto dos Santos
Oficiala





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5745110 16.09.1996

NOME JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA

FILIAÇÃO Severino Emídio da Silva

NATURALIDADE Antônio Francisco da Conceição

Rio Tinto-PB DATA DE NASCIMENTO 03.07.1977

DOC ORIGEM C. N. 3.728- L. A/4- E. 276 -

Cart. de Rio Tinto-PB

ASSINATURA *João Batista*

LEI Nº 7.116 DE 21.06.83



CG
CORRETORA
26 SET. 2016
DPVAT/PB



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição 030.676.304-40

Nome JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA

Nascimento 03/07/1977





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 48-076-989-4 27/JAN/2011

NOME EWERTON SOARES DE OLIVEIRA

SOLACAO PEDRO RAMOS DE OLIVEIRA

E EDILMA SOARES BATISTA

NACIONALIDADE GUARULHOS -SP DATA DE NASCIMENTO 20/AGO/1991

DNC - RUSSIA GUARULHOS-SP

GUARULHOS

CN: LV.A517/FLS.248V/N.283846

CPE 397785678/24

90 Delegado Delegado

CARLOS ANTONIO DA SILVA de Polícia Legislativa

ASSINADO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8600-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GILBERTON DA SILVA

PROTEIDO PLASTIFICAR

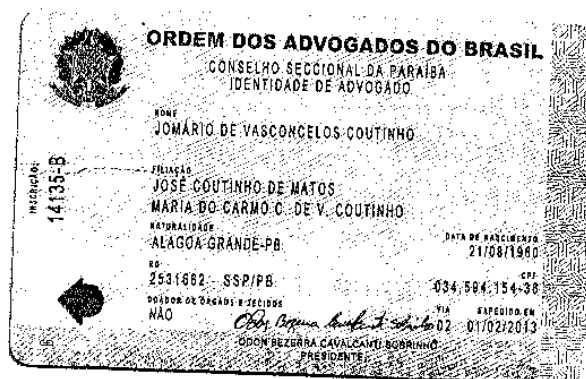
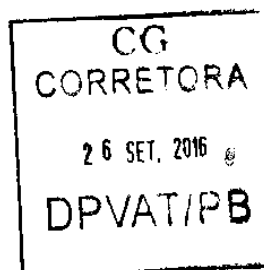
EWERTON SOARES DE OLIVEIRA

157000012

ASSINADO DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE





Jomário de Vasconcelos Coutinho
Advogado

Av. Vasco da Gama, 1034 - Jaguaribe - João Pessoa/PB
Fones: (83) 98874 9800 / 99948 9522 / 99127 1617
jomariocoutinho@gmail.com





SEGURO

RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE **M**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edilma Soares Batista
DATA DO ACIDENTE 12/04/2016 CPF DA VÍTIMA 169.141.918-40
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Batista Emílio da Silva
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ REPRESENTANTE LEGAL () BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Aldeia Tramatava
Nº 512 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE Maracão UF PB CEP 58294-000
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MEMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- () TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- ☒ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(S) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/10/2016
CPF 030.676.304-40
ASSINATURA João Batista Emílio da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03/10/2016
NOME Adriana Chie Aragão
ASSINATURA Adriana Chie Aragão

CG

CORRETORA

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

7 de SET. 2016

Adriana Chie Aragão

DPVAT/PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1085380/16
Vítima: EDILMA SOARES BATISTA
CPF: 169.141.918-40

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/04/2015
Titular do CPF: EDILMA SOARES BATISTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALBERTO SOARES DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ALEXANDRE SOARES BATISTA :

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

EWERTON SOARES DE OLIVEIRA : 397.785.678-24

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

GIZELLY SOARES DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

JOAO BATISTA EMIDIO DA SILVA : 030.676.304-40

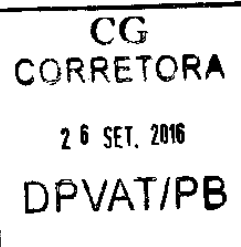
Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

MARIANE SOARES BATISTA :

Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

TAUANY SOARES BATISTA : 117.040.704-81

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



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 26/09/2016
Nome: JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO
CPF/CNPJ: 034.594.154-36

JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 26/09/2016
Nome: Adriana Cime Aragao
CPF: 885.178.454-04

Adriana Cime Aragao





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: João Batista Emílio da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** _____
PROFISSÃO: _____ **Nº DO RG:** 5745110
ORGÃO EMISSOR: SSPIPE **DATA DE EMISSÃO:** 16/09/1996
Nº CPF: 030.676.304-40 **ENDEREÇO:** Rua Aldeia Trama-
taia s/nº - Área Rural - Marcação PB - 57294-000

OUTORGADO: Tomario de Vasconcelos Coutinho
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** _____
PROFISSÃO: Advogado **Nº DO RG:** 14135-B
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 01/09/2013
Nº CPF: 034.594.154-36 **ENDEREÇO:** Av. Vasco da Gama
nº 1034 - Jaguaribe - João Pessoa PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Edilma Soares
Botista, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora
que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de
acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo,
em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos,
municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar,
solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de
pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

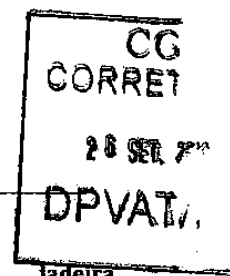
Marcação PB, 29 de Março de 20 16.

OBS: Reconheci

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Avenida Aldeia Três Rios, 875 - CENTRO

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOÃO BATISTA EMÍLIO DA SILVA
Dou fé, Marcação/PB - 29/03/2016
Notário: MARTA MARIA BARRETO DOS SANTOS
Selo Digital: ACX18241-JDBZ
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Marta M. Barreto dos Santos
Oficial





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08058119520188152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **TAUANY SOARES BATISTA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 25 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481146300000036993985>
Número do documento: 21012715481146300000036993985

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:48:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715481146300000036993985>
Número do documento: 21012715481146300000036993985