



MÍNISTERO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
185.334.127-46

Nome
ERIK KAUÁ DE SOUSA OLIVEIRA

Nascimento
14/12/2008

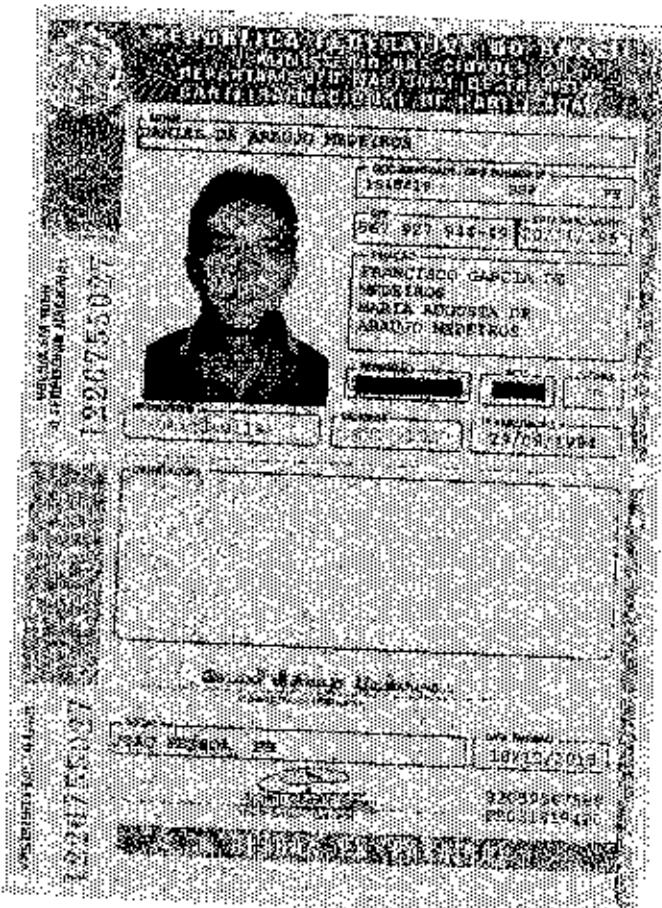
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

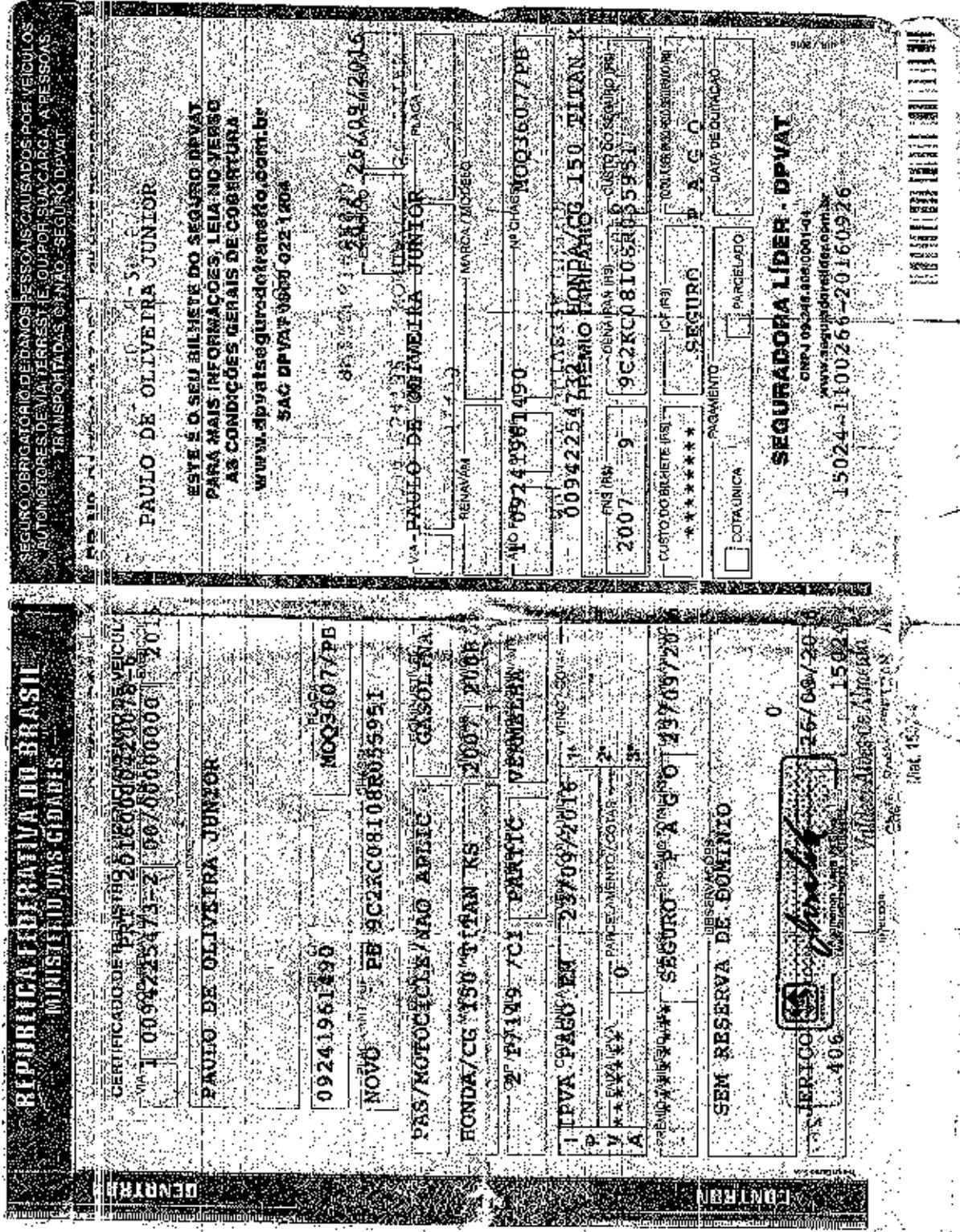
CÓDIGO DE CONTROLE
A748.8C46.EBA3.2466

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:03:56 do dia 24/03/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 66





TERRA DO SOL ADM CORRETORA DE SEGS.

13 SET 2019

RECEIVED

Daiane Barboza

Para:

dpvat@terradosolcorretora.com.br; gustavo@terradosolcorretora.com.br;
gustavo@terradosolcorretora.com.br
Projeto Correio; Ana Cintra
DOCUMENTOS FÍSICOS -TERRA DO SOL ADM E CORRETORA 11/10/2019

Cc:

Assunto:

Prezados, boa tarde.

Recebemos os documentos físicos relacionados a seguir, os quais estamos enviando para as devidas providências,
capeado por este e-mail.

Favor acusar o recebimento.

SINISTRO	VITIMA	CPF	DESTINO
3190530805	PAULO DÉ OLIVEIRA JUNIOR	092.419.614-90	TERRA DO SOL ADM E

Daiane Barboza

Assistente Administrativo

daiane.barboza@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4791



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [Linkedin](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

Destinatário

Segredos Vider dos com. SEGUNDO DPVAT

Rua da Assembléia nº 100

2º andar - encontro

Rua do Janeiro 85.

CEP: 20.011-904



19 SET 2019

AC PATOS

Ramón

MARIA EUNICE DE SOUSA

Rua: Manoel de Oliveira Vello SIN

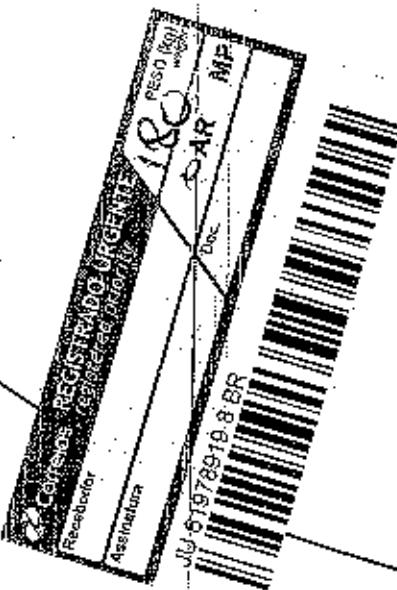
cultivo

Juricá - PB

CEP: 58.830-000



TERRA DO SOL ADMINISTRADORA
Rua Luiz Pereira, 45
Nova Betânia
Mossoró - RN
CEP 59612-020
C. CORREIOS



Seguradora Líder-DPVAT

R. da Assembléia, 100 - 26º andar - Centro - Rio de Janeiro - CEP 20011-904

Tel: 55 21 3861-4600 | www.seguradoralider.com.br



dpvat_oficial



DPVATOcial

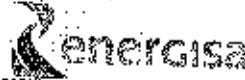


DPVATOcial



seguradora-lider-dpvat

FRANCISCO BASíLIO DE OLIVEIRA
RUA MARQUES DE OLIVEIRA N.º 60 - SANTO DOMINGO
- FÁBRICA DE CERÂMICA 5010-3100 (AG. 245)



10

Licença MONOFÁSICO
Cleibor R33 MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Pátio 11- 253-756-5700 Referência Ago/2019
Mediterrânea.000093333888 Emissão: 19/08/2019

CHIENGSAI/PIAGERA - DISTRIKUDORA DE ENERGIA S.A.
R/230, Km 25 - Cidade Piedade - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
Cf. Poco 005 1000000140 - Tel/Fax 16015.8234

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°029730-200
Cód. para Díta Autorização: 9004492250

Complemento	Número	Data	Valor	Motivo
Ago / 2019	19/08/2019	18/09/2019	R\$ 219.584,00	Int. Est.

Junto-se ao BOM VENIMENTO VACINA BRASIL, seu amado encontro com o Brasil.

CCD: Código de Classificação do item - TOTAL 878,01 638,39 72,33 629,72 622 2122

DATA DE EMISSÃO: 28/08/2019 **VALOR TOTAL:** R\$ 676,01

332-F 813 | 826 | 585 | 528 | 506 | 574 | 467 | 514 | 501 | 501 | 512
 Aquaria Series Out18 Nov18 Dec18 Jan19 Feb19 Mar19 Apr19 May19 June19 July19

RESERVANDO AO PISCO
321f.ed78.ce8c.199c.0d0c.7df1;109c.04d5.

INVESTMENT IN DIRECTED BONDS		INVESTMENT IN BONDS		
INVESTMENT	PERCENTAGE	INVESTMENT	PERCENTAGE	
DOMESTIC	8.27	0.00	NOTAPL	220
EXTRATERRESTRIAL	12.54			
MANUAL	25.08			
TELEMANUAL	3.42	0.00	CONTRACTOR	202
EXTRATERRESTRIAL	8.95		UNITED AMERICA	202
GLOBAL	13.70		UNITED EXPEDOS	231
INT'L	9.71	0.00		
SPB	12.22			

Composição do Crédito		
Discriminatória	Valor (R\$)	%
godeDif_centravale	14.139	29,99
29% de Renda	29.798	64,92
godeInsumos	72,01	0,16
33% salários	33.498	7,95
20% Prestes-Economia	240.665	56,21
Outros	0,00	0,00
Total:	870,01	100,00

VALIDA EN TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESIDENTE	1. 051-762 -2 VITÓRIAPOLIS
NOVO	FRANCISCO BASILIO DE OLIVEIRA
PAI: FRANCISCO BASILIO DE OLIVEIRA	
MÃE: MARIA PELLEZ DE OLIVEIRA	
NASCIMENTO:	
JERICÓ-PE	
DATA DE NASCIMENTO:	
08/04/1922	
TÍTULO DE VOTO:	
PARTIDO DA CIDADANIA	
CPF:	
322.420-664-00	
INSCRIÇÃO:	
14/06/1961	



MATUZA ARANJO DE LIMA
RA. VARGAS OLIVOS Y VELO, SIN. CENTRO
TEL. 22-10-1000, 22-10-1001

Ligeiro MONOCASCO
Classe RES-NTC B1/RESIDENCIAL- PASSIVHAUS
Referência 11-762-730-0000 Referência 01/1018
Referência 100000000000000000 Emissões 19/07/2018

ENERGIA PARNAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
S/2005-5-125 - Cx010 Redutor Jardim Pessoal F9 - CEP 59014-480
CNPJ 08.094.103/0001-47 Insc Est 16.015.825-0

Xu/3-Foxell/Cortado de Energia Sistólica N°029-239-542
Dólar para Dólar Automotriz 0500038020016

11-2009-022124 - 1890 089 0196 - www.vivavermelha.com.br

Conta referente a:	Apresentação:	Data da prova da proxima fatura:	CPF/CNPJ/RAM
14/06/19	18/07/2019	19/08/2019	095.322.704-76

[View Details](#) | [Edit](#) | [Delete](#)

[Canal de contacto](#)

Anterior	Mutal	Constante	Consumo	Dias
Data	Lerura			
Divx 17/01/13	7746	18/01/13	1826	85
				31
		Descrição		
			Quantidade	Tarifa
				Preço das
				Unidades
			Total da fatura	Imposto
				(I) (X) (P) (I) (X) (P)
001 Consumo em kWh	60.000	0.228810	68,96	68,96 26 15,99 78,96 0,72 0,91
002 Avaria e Avaranda	1,00	0,02	0,00	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
		LANÇAMENTOS E SERVIÇOS		
003 CONTRIBUICAO PÚBLICA	7,88	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
004 JUROS DE MORA 01/2013	1,22	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
005 Multa 05/2013	1,50	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
006 SGACAO HOSPITAL NAPOLI ALIREANG 01/2013	0,00	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00
1025 AVALIAÇÃO MONETÁRIA 01/2012	0,66	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

NET COEFICIENTE DE CLASIFICACIÓN TOTAL 73.37 67.39 16.24 67.93 0.75 37

CE10312018 R\$ 83,67

2011-2012

24 1 29 1 74 1 76 1 83 1 109 1 103
26 1 79 1 75 1 82 1 89
Festiva MultiD. MultiC. MultiS. 80%

www.mechanicscabinet.com

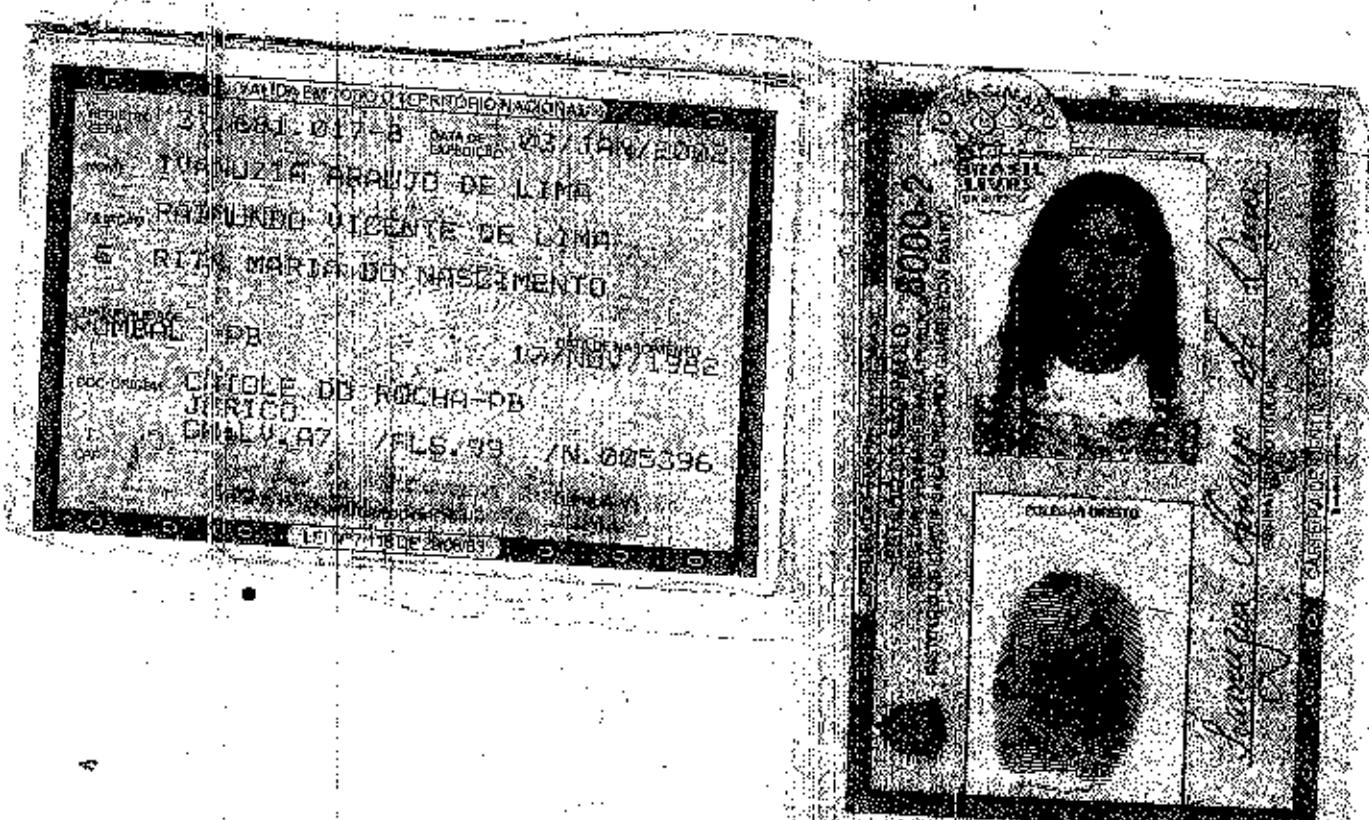
get record 40sec 71ae dd1f 3404 53f2 8157

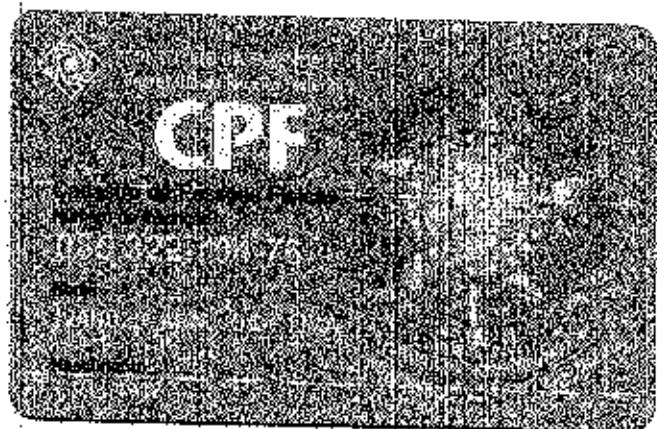
1977-1978

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade		Índice de Tensão		Desempenho	
Unidades	Ajustado	(V)	(W)	Valor	%
DE AVALIAÇÃO	0,07	0,06	0,06	18,93	11,18
DE TRABALHO	1,54	1,54	1,54	24,18	23,20
DE PROJETO	15,08	15,08	15,08	7,92	1,28
PC AVALIAÇÃO	0,41	0,41	0,41	3,70	4,53
PC TRABALHO	6,87	6,87	6,87	32,22	20,51
PC PROJETO	3,31	3,31	3,31	5,03	6,08
Total				83,67	100,00

REVISÃO DE VAGAMENTO: Caso o agente não tenha o direito de exercer a sua função, deve ser imediatamente encaminhado ao seu superior hierárquico para que este suspenda o policial de suas funções. O documento deve ser assinado por quem o autorizou e deve constar o motivo da suspensão. O agente deve ser informado sobre os direitos que lhe restam, bem como sobre as medidas que devem ser tomadas para que possa exercer sua função. O documento deve ser assinado por quem o autorizou e deve constar o motivo da suspensão. O agente deve ser informado sobre os direitos que lhe restam, bem como sobre as medidas que devem ser tomadas para que possa exercer sua função.





PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORISANTE: MABEL EVINA DE SOUSA, brasileira, solteira, agricultora, identidade 62.487.431-X e CPF 100.778.904-26, residente na Rua Mário de Oliveira Melo, s/n - Centro, Jericó-PB, CEP 58.830-000.

OUTORISADO: DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS, brasileiro, divorciado, funcionário público, identidade 1618419/PB e CPF 567927944-49, residente na Rua Manoel Torres nº 322 - bairro Salgadinho – Patos-PB, CEP: 58.706-510.

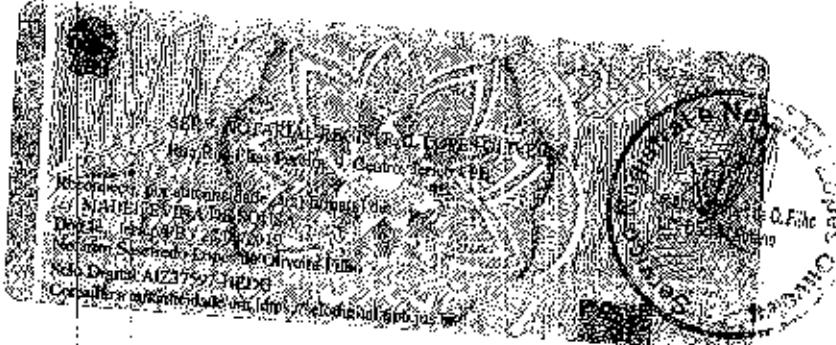
Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para nos representar perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim todos os atos de direito permitidos para o fiel cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do seguro obrigatório – DPVAT para a vítima PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR.

Jericó-PB, 28 de Agosto de 2019.



mabel evina de sousa

MABEL EVINA DE SOUSA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317811/19

Vítima: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 092.419.614-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

FRANCISCA LUCIA DA SILVA : 039.492.644-77

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

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/09/2019
Nome: FRANCISCA LUCIA DA SILVA
CPF: 039.492.644-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

FRANCISCA LUCIA DA SILVA

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317811/19

Número do Sinistro: 3190530805

Vítima: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 092.419.614-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS : 567.927.944-49

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/10/2019
Nome: DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS
CPF: 567.927.944-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/10/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317811/19

Número do Sinistro: 3190530805

Vítima: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 092.419.614-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS : 567.927.944-49

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

ERIK KAUÁ DE SOUSA OLIVEIRA : 185.334.127-46

Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

MABEL EVINA DE SOUSA : 100.778.904-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019
Nome: DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS
CPF: 567.927.944-49

DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019
Nome: FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA
CPF: 061.400.284-26

FERNANDA XAVIER DE MEDEIROS VIEIRA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0317811/19

Número do Sinistro: 3190530805

Vítima: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 092.419.614-90

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/08/2019

Titular do CPF: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

ERIK KAUÁ DE SOUSA OLIVEIRA : 185.334.127-46

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/11/2019
Nome: DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS
CPF: 567.927.944-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2019
Nome: ALCIMARIA DA SILVA LIMA
CPF: 055.466.984-62

DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS

ALCIMARIA DA SILVA LIMA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 16 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190530805

Vítima: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCA LUCIA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto dos Dados Cadastrais e da Declaração de Únicos Beneficiários, sem rasuras, pois o entregue está incompleto/incorrecto.
Prova de companheirismo	Apresentar prova de reconhecimento da união estável do interessado com a vítima, original ou cópia autenticada, pois não foi entregue. Veja no nosso site as informações e os documentos necessários para esta comprovação.

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190530805

Vítima: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: MORTE

Procurador: DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FRANCISCA LUCIA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais e da Declaração de Únicos Beneficiários, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está com informações diferentes dos documentos apresentados, como por exemplo da certidão de óbito.
Prova de companheirismo	Apresentar prova de reconhecimento da união estável do interessado com a vítima, original ou cópia autenticada, pois não foi entregue. Veja no nosso site as informações e os documentos necessários para esta comprovação.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190530805

Vítima: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Data do Acidente: 10/08/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MABEL EVINA DE SOUSA

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

Recebedor: MABEL EVINA DE SOUSA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 104

Agência: 000001003

Conta: 0000021591-1

Tipo: CONTA POUPANÇA



Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input checked="" type="checkbox"/> MORTE		
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Paulo de Oliveira Sámon	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF: 039.492.644-77		
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: Rua Policial militar Ivam	9 - Número: 32	10 - Complemento:
11 - Bairro: Vila Brasilica	12 - Cidade: Serra do Mel	13 - Estado: RN	14 - CEP: 59663-000
15 - E-mail: obelmeiaadv@gmail.com	16 - Tel. (DDD): 84-8773-3770		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (101) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0763	CONTA: 00022862	AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <input type="text"/>		

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que assinalo 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.

CÓRRERADO SOL ADM.

13 SET 2019

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, conforme a regulagem 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 reincidente ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Casado (ex-Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	30-08-2019
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Francisca Lúcia da Silva			
28 - Vítima teve filhos?	19 - Se tinha filhos, informar vivos: - Falecidos: -	30 - Vítima teve pais solteiros/vainascer? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos: -	33 - Vítima deixou pais/vivos? <input type="checkbox"/> Sim

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

34 - Nome do beneficiário:	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: Anderson Galoma dos Santos CPF: 041-652-735-38
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha	
37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: Bento Wilson Odegueir CPF: 006-964-584-25	
40 - Local e Data: Aracaju - RN - 13/10/2019	Assinatura da testemunha	
* Francisca Lúcia da Silva		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CATRA

Setor de Mineração

Sobrenome: ...

Nº:

UF:

CEP:

Logradouro:

Nº:

Bairro:

Município:

Estado:

País:

Sexo:

Idade:

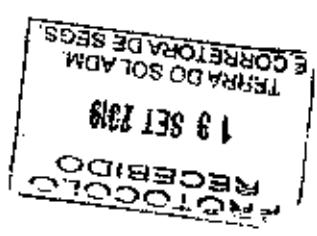
E-mail:

Telefone:

Telex:

Fax:

Telex:



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou IST:

3 - CPF da vítima:

092 419 614-90

4 - Nome completo da vítima:

PAULO DE OLIVEIRA JÚNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

ERIK KAVÁ DE SOUSA OLIVEIRA

6 - CPF:

185 334 127-46

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA MARIO DE OLIVEIRA MELO

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

JERICÓ

13 - Estado:

PO

14 - CEP:

58830 000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

83 99193-9603

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

MABEL EVINA DE SOUSA

100 778904-26

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTURA

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

20 - RENDA MENSAL (O TITULAR DA CONTA):

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

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

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS/CURADOR/TUTOR)

CONTA POLIPÁTICA (Semente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (231) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

1013

CONTA:

21591

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT, por invalides 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 não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalides permanente, com base na documentação apresentada, concordo, não, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do falecimento da vítima:

00-08-2010

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

FIZIO

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

0

Falecidos:

—

30 - Vítima deixou herdeiro(s) viável(s)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

05

Falecidos:

—

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Indique se é alfabetizado ou não:
1 - Alfabetizado
0 - Naoalfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^a Nome: MARIA EVA DE LIMA

CPF: 085 322 704-16

Assinatura da testemunha

39 - 2^a Nome: FRANCISCO MAGALHÃES DE OLIVEIRA

CPF: 843 819 554 00

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JERICÓ - PB 28 de AGOSTO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Samuel de Souza Oliveira

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SERRA DO MEI

Autenticação
Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi
exibido.
Confira em: <https://www.sistematica.jus.br>
Selo Digital: RN20190094130098006YNO
Mossoró - RN, 13 de setembro de 2019, 16:12
DOUGLAS FONTE DE MELO, Substituto
Rota End-283 ISSN: 0145 TOTAL: 28
Assinado por:
Jacinto Prata da M. Júnior
SUBSTITUTO
CPF: 078.346.324-07
Nº: 033951/2019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/08/2019 09:14 Data/Hora Fim: 13/08/2019 09:38
 Delegado de Polícia: José Vieira de Castro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Serra do Mel

Data/Hora do Fato: 10/08/2019 18:45

Local do Fato

Município: Serra do Mel (RN)

Bairro: VILA BRASÍLIA

Logradouro: AV. ANTONIO FERREIRA DE OLIVEIRA

Tipo do Local: Via Pública

Naturais	Meio(s) Empregado(s)
1222: Homicídio culposo na direção de veículo automotor (Art. 302 Caput da Lei dos crimes de trânsito)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARIA APARECIDA DE ANDRADE (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PB - Jericô Sexo: Feminino Nasc: 24/10/1979

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Zélia de Andrade

Documento(s)

RG - Carteira de identidade: 004037261

Endereço

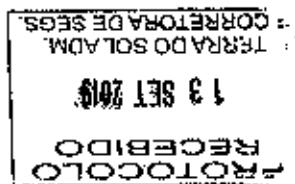
Município: Natal - RN

Logradouro: RUA DO JUAZEIRO

Nº: 09

Bairro: CONJUNTO POTENGI

Telefone: (84) 98717-4630 (Celular)



Nome Civil: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR (VITIMA)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PB - Pombal Sexo: Masculino Nasc: 22/02/1990

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Zélia de Andrade

Documento(s)

RG - Carteira de identidade: 3443451

Endereço

Município: Serra do Mel - RN

Logradouro: VILA RIO GRANDE DO NORTE

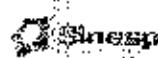
Nº: 19

Bairro: VILA RIO GRANDE DO NORTE

Nome Civil: DEDECÃO (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 01/01/1984

Estado Civil: Solteiro(a)



Delegado de Polícia Civil: José Vieira de Castro
 Impresso por: José Vieira de Castro
 Data de impressão: 13/08/2019 09:38
 Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SERRA DO MEL - SERRA DO MEL - RN**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 033951/2019

Endorsements

Município: Serra do Mel - RN
Logradouro: CONJUNTO VELHO
Complemento: NA RUA DO CAMPO DE FUTEBOL, CASA DE COR VERDE
Bairro: VILA BRASILIA

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motoscicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 092.419.614-90	Placa MOQ3607
Renavam 00942254732	Número do Chassi 9C2KCD8108R055961
Ano/Modelo Fabricação 2007/2008	Cor VERMELHA
UF Véiculo Paraíba	Marca/Modelo HONDA/ CG 150 TITAN KS
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação: Meio Empreendedor	

Nome Involvido	Envolvimentos
Paulo de Oliveira Júnior	Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA INFORMAR QUE NA DATA DO FATO POR VOLTA DAS 18H45MIN, SEU IRMÃO/VÍTIMA ESTAVA indo de MOTOCICLETA PARA CASA, QUANDO UM CAMINHÃO TRANCOU O MESMO; QUE A VÍTIMA CAIU EM BAIXO DO CAMINHÃO; QUE O CAMINHÃO PASSOU POR CIMA DA VÍTIMA E FUGIU SEM PRESTAR SOCORRO; QUE O CAMINHÃO É DE PROPRIEDADE DA PESSOA DE "VANDRÉ VERAS" (VEREADOR); QUE QUEM ESTAVA DIRIGINDO O CAMINHÃO ERA "DEDECÃO"; QUE "DEDECÃO" ESTÁ DESAPARECIDO DESDE O FATO; ASSIM COMO O CAMINHÃO; QUE A VÍTIMA FALECEU NO LOCAL; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE FOI O CAMINHÃO.

ASSINATURAS

José Vieira de Castro
Delegado da Polícia
Matrícula 3022602
Responsável pelo atendimento

Maria Aparecida de Andrade
(Comunicante)

"Declaro, por mim e devidamente lida ou debatida entre nós, que o(a) declarante é responsável pelas informações acima assentadas e entendo que responderá civil e criminalmente pela presente declaração que dão origem, conforme previsto nos Artigos 338, Parágrafo 2º, da Lei 9.039/95, 300 e 348-B, Comissão de Fazenda do Crime ou da Contravenção no Código Penal Brasileiro."

José Roberto Quarto - Ofício de Notas de Mossoró-RN
Rua Jofre Marinho Rosado, 74 - TRAJAN, MARIA LUCIENAM FONTES SILVA
85701-000 / Fone: (84) 3322-8510 / e-mail: jrobertoquarto@bol.com.br

ADVENTURE GAMES 1997

Certifico que es presentación original y no se ha reproducido ni se ha hecho copia de la obra.

Certifico que a presente cópia é a reprodução fiel do original que me foi exibido.
Contratação de Imóveis
Setor Digital - BN201100041300016017YQG

Mossoró-RN 12 de setembro 3 de 2019 18:13

DOUGLAS RINTES DE MELO - substituto

Op. Rantes M-703 500A G-49 OTAC 200

1951-1952 THE UNIVERSITY OF TORONTO LIBRARIES

ANSWER *Pronto de 11*

2004 RELEASE UNDER E.O. 14176

PP: 1979.345.B8666 de Pe

Impresso por:
Data: 11/07/2018

Data de impressão:
Protegido por

• [Privacy Policy](#) | [Prohibited Items](#)

...
- - -

DP: 079.3.451 | Detalhe de Policial Civil José Vieira de Castro
Impresso por: José Vieira de Castro
Data de impressão: 13/08/2019 09:38
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

· PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CÍVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:
PAULO DE OLIVEIRA JÚNIOR

- CPF

092.419.614-90

MATRÍCULA

0722310155 1993 1 00009 208 0007433 68

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO)

vinte e dois de fevereiro de um mil novecentos e noventa

DIA

MÊS

ANO

22

02

1990

HORA DE NASCIMENTO

17:00

NATURALIDADE

Pombal-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Jericó-PB

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Hospital Simão Carneiro - Pombal-PB

SEXO

masculino

PAI(A) / MÃE(A)

PAULO BASÍLIO DE OLIVEIRA, naturalidade: Jericó-PB | MARIA ZÉLIA DE ANDRADE, naturalidade: Jericó-PB.

AVOS:

Pai(a)s: Manoel Basílio e Maria Aurora de Oliveira. Materno(s): José Andrade Filho e Adalva Maria de Andrade.

GÊMEOS:

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DE REGISTRO (POR EXTENO)

Sexta, 06 de julho de um mil novecentos e noventa e três. (06/07/1993)

NÚMERO DA UNI/DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO VIVO

— NADA CONSTA —

AVERAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEM

2ª VIA. Registro lavrado em 06/07/1993, no Livro A-00009, Nº 7433, folha 208-V.

1- Aveiação: Data: 28/08/2019. Descrição: AVERBAÇÃO: O registrado deste assento está inscrito no CPF nº 092.419.614-90, conforme busca realizada junto a RFB, por meio da CRC, Jericó-PB, 28/08/2019. Eu, Sessêfro Lopes de Oliveira Filho, Oficial do Registro Civil a escrevi, dou fé.. Selo de Fiscalização: nº AIK47123-7IE4.

CARTÓRIO LOPEZ OLIVEIRA
Serviço Registral e Notarial
Jericó - PB
CNPJ: 09.223.355/0001-14
Sessêfro Lopes de Oliveira Filho
Oficial
(63) 3435-1005 - 99660-3100

Serviço Registral e Notarial "LOPES OLIVEIRA"
Sessêfro Lopes de Oliveira Filho

Jericó-PB

Rua Ela Peres, 09 Centro Jericó-PB - CEP 58830000 Fone:
83-99660-3100 E-mail: jericopcartorio@yahoo.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Jericó-PB, 28 de agosto de 2019.

Sessêfro Lopes de Oliveira Filho
Sessêfro Lopes de Oliveira Filho
Oficial do Registro Civil

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

Embutimento e taxa: R\$ 05,70

Selo Digital: AIZ37598-K7WP

Assinado digitalmente por
Sessêfro Lopes de Oliveira Filho
Oficial do Registro Civil





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL "LOPES OLIVEIRA"

Cartório de Registro Civil e Notas

Sesefredo Lopes de Oliveira Filho - Oficial do Registro Civil

Certidão de Nascimento

Eu, Sesefredo Lopes de Oliveira Filho, Oficial do Registro Civil, deste SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL "LOPES OLIVEIRA", da Cidade de Jericó, da Comarca de Catolé do Rocha, Estado da Paraíba, na forma da lei, etc.

CERTIFICO que às folhas 197-V, sob número 9788 do livro A-00011 do Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de **ERIK KAUÃ DE SOUSA OLIVEIRA**, nascido aos **quatorze de dezembro de dois mil e oito (14/12/2008)**, às **19 horas e 30 minutos**, no Hospital Municipal Dr. Américo Maia de Vasconcelos, conforme DNV nº 0-44627675/4, de Catolé do Rocha-PB, do sexo **masculino**, filho de **PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR**, profissão agricultor e **MABEL EVINA DE SOUSA**, profissão agricultora, naturais, ele de Pombal-PB, ela de Catolé do Rocha-PB.

Sendo avós paternos **Paulo Basílio de Oliveira e Maria Zélia de Andrade**, avós maternos **José Caetano Sobrinho e Francisca Alves de Sousa**.

Foi declarante o pai do registrado. Testemunhas dispensadas nos termos da LEI 9.997/2000.

Feito nos termos do Art. 46 §§ 1º e 2º da Lei 6.015 de 31-12-1973, acrescentada da Lei nº 9.534 de 10-12-1997.

O referido é verdade, dou fé.

Obs: Esta certidão não contém rasuras.

Jericó-PB, 19 de janeiro de 2009

Sesefredo Lopes de Oliveira Filho

Oficial do Registro Civil

CARTÓRIO LOPES OLIVEIRA

Serviço Registral e Notarial

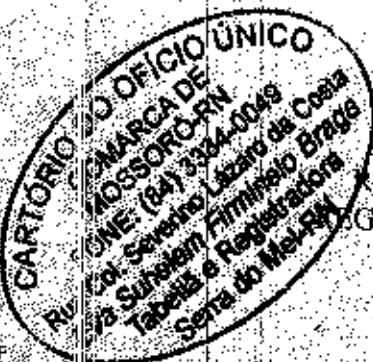
de Jericó - PB

CNPJ: 09.223.355/0001-14

Rua Elias Pereira, 09 - Centro

Sesefredo Lopes de Oliveira Filho

Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF:

092 419

11-90

CDRRETORA ADM.
TRFRA DO SUL ADM.
CDRRETORA DE SEGS.

13 838 201

RECEBIDO

MATERIAL:		MATRÍCULA:	
SEXO:		ESTADO CIVIL E IDADE:	
Masculino	COR:	Sóloteiro com 29 anos de idade	
NATURALIDADE:		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:	ELEITOR:
Pombal	PB		era eleitor
FILIAÇÃO EM:	SOBRENOME:		
PAULO	ASILIO DE OLIVEIRA e MARIA ZELIA DE ANDRADE	VILA RIO GRANDE DO NORTE N° 18 Serra do Mel - RN	
DATA E HORA:	DE FALECIMENTO:	DIA MES ANO	
dez de 2019	posto de dois mil e dezenove às 18:45 horas	10/08/2019	
LOCAL DE FALECIMENTO:			
AVENIDA ANTONIO FERREIRA DE OLIVEIRA em Serra do Mel - RN			
CAUSA DA Morte:			
TRAUMA:	TROMBO CRANIECEFÁLICO, ACIDENTE DE TRÂNSITO		
SEUFTURANTE:	TOQUEMADA MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO		
CEMETÉRIO:	NO PÚBLICO DE JERICÓ - PB		
NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO:	DECLARANTE:		
SAÚDO:	MARIA APARECIDA DE ANDRADE		
OBSERVADO:	NÃO HABERAÇÕES A ACHESER.		
Declaro:	que deixou bens à Inventariar Deixou filhos: 01 FILHO		
ANOTAÇÕES:			
CADASTRADO			
TIPO	DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO
RG	3443451		SSP - Secretaria de Segurança Pública-PB
TIT	SNIS		
PA	Passaporte		
Cartão	Nacional de Saúde		
TIPO	DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SECÃO
Titular	Eleitor	036092701201	036/108
			MUNICÍPIO
			JERICÓ
			UF
			PB
CEP Residencial	59.663-000	Grupo Sanguíneo	

TERMO: JUDICIÁRIO DA COMARCA DE MOSSORÓ
Oficial: IVA SUHELEM FIMINELLO BRAGA
Rua Severiano Lázaro da Costa, 16 Centro
Serra do Mel-RN 59.663-0049

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Serra do Mel-RN, 12 de agosto de 2019.

Maia Lira Costa de Lima Braga

Assinatura do Oficial/Substituto

REINALDOS C. de Lima Braga

Escrevente

Poder Judiciário do RN
Selos Digitais de Fiscalização
Selos Isentos
RN20191095580000080LYG
Confira em: <https://selodigital.jrn.jus.br>



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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MABEL EVINA DE SOUSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01003

CONTA: 000000021591-1

Nr. da Autenticação E0B4A7798CB320EC

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA



COSERN
www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Grátis:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 115

nte auditivo ou de fala: 0200 281 0142

-Ouvridas 0800 084 0404

Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte
APSEN: 0800 222 0153 - Linha 0800

0800 727 0187 - Ligação Grátis de telefones fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 107

Inicia Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 187
Ligação Gráfica da tabela no Fórum - em 1

Ligações Gráteis de telefones fixos a móveis

DADOS DO CLIENTE		DATA DE VENCIMENTO 13/09/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 06/09/2019	CONTA CONTRATO 007013715925
ALLAN FONTEIS DUARTE CPF: 014.114.774-13		TOTAL A PAGAR (R\$) 118,23	DATA DA APRESENTAÇÃO 06/09/2019	Nº DO CLIENTE 3010034053
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA		NÚMERO DA NOTA FISCAL 029695966	Nº DA INSTALAÇÃO 001575096	
RUA POLICIAL MILITAR 144 N 32 VILA BRASILIA/AREA URBANA 59863-000 SERRA DO RIO GRANDE DO NORTE		Bairro: U		
		CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
		RESERVADO AO FISCO ACDB.7FAD.5D9B.4B7B.A9DF.5912.D50D.6042		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cobeni.com.br				

DESCRICAO DA NOTA FISCAL

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VÁRIOS APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
Julho/2019					
DIC-No de horas com Energia	SEIRA VERMELHA	0,00	5,66	15,10	22,21
FIC-No de vezes com Energia		0,00	3,36	0,72	13,45
DMIC-Duração média de interrupção conduta		0,00	3,50	11,09	0,00
DICR-Variação de Interrupção dia dia, excepç			Linha	DICR	52,22
EVB-Valor de Encargos da Mano = R\$	37,34				
Todo Consumidor pode solicitar a apresentação individualizada DIC, FIC, UNIC e DMCR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O Cliente é obrigado a pagar quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso gera juros 2% (Resolução ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.430/02) e atualização monetária no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há descomprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DETALLE AQUÍ

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR (R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
007013715925	09/2019	118,23	13/09/2019	

Pagamento através de Débito Automático em Conta Corrente

AUTENTICAÇÃO **Não** dobrar, perfurar ou rasurar.
Este canhoto será usado em leitora ótica.

O Débito Automático em Conta Corrente é confortável, muito seguro e você pode suspender o débito até três dias úteis antes do vencimento. Para maiores informações ligue 116.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARBEL EVINA DE SOUSA

RG nº 52.487.431-X, data de expedição 04/08/2016

Órgão SSP-SP, CPF nº 100.778.904-26

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
seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>RNA MARIO DE OLIVEIRA MELO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>JERICO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58830-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99973-9603</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: JERICO-PB, 28 DE AGOSTO DE 2019.

Marbel Evina de Sousa

Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, MARBEL EVINA DE SOUSA

RG nº 52.487.431-X, data de expedição 04/08/2016

Órgão SSP-SP, CPF nº 100.778.904-26

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
seguidamente, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praca)	<u>RNA MARIO DE OLIVEIRA MELO</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto/Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>JERICO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58830-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99073-9603</u>
E-mail	<u>-</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: JERICO-PB, 28 DE AGOSTO DE 2019.

Marbel Evina de Sousa

Assinatura do Declarante

- 00000000000000000000000000000000

Ligação: MONOFÁSICO

Cle/Glo: RESIDENTIAL - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Retação: 10-316-246-4100 Piscinaria, Ano/2018
Medidor: 00008225399 Emissor: 180820C2

CHOCOLISCO
ENERGIA PARA O DISTRIBUIDOR DE ENERGIA S.A.
B-230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa - PB - CEP 58071-500
CNPJ: 09.008.225/0001-40 - Mat. Est. 16016.026
Nota Fiscal / Ordem de Serviço EV/004 MND/05/045
Data: 04/05/2019, Automação: 0000000000000000

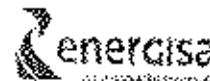
App 12019

0001605930013 00017032010

Item	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
10001	UN	1	0,00	0,00
10002	UN	1	0,00	0,00
10003	UN	1	0,00	0,00
10004	UN	1	0,00	0,00
10005	UN	1	0,00	0,00
10006	UN	1	0,00	0,00
10007	UN	1	0,00	0,00
10008	UN	1	0,00	0,00
10009	UN	1	0,00	0,00
10010	UN	1	0,00	0,00
10011	UN	1	0,00	0,00
10012	UN	1	0,00	0,00
10013	UN	1	0,00	0,00
10014	UN	1	0,00	0,00
10015	UN	1	0,00	0,00
10016	UN	1	0,00	0,00
10017	UN	1	0,00	0,00
10018	UN	1	0,00	0,00
10019	UN	1	0,00	0,00
10020	UN	1	0,00	0,00
10021	UN	1	0,00	0,00
10022	UN	1	0,00	0,00
10023	UN	1	0,00	0,00
10024	UN	1	0,00	0,00
10025	UN	1	0,00	0,00
10026	UN	1	0,00	0,00
10027	UN	1	0,00	0,00
10028	UN	1	0,00	0,00
10029	UN	1	0,00	0,00
10030	UN	1	0,00	0,00
10031	UN	1	0,00	0,00
10032	UN	1	0,00	0,00
10033	UN	1	0,00	0,00
10034	UN	1	0,00	0,00
10035	UN	1	0,00	0,00
10036	UN	1	0,00	0,00
10037	UN	1	0,00	0,00
10038	UN	1	0,00	0,00
10039	UN	1	0,00	0,00
10040	UN	1	0,00	0,00
10041	UN	1	0,00	0,00
10042	UN	1	0,00	0,00
10043	UN	1	0,00	0,00
10044	UN	1	0,00	0,00
10045	UN	1	0,00	0,00
10046	UN	1	0,00	0,00
10047	UN	1	0,00	0,00
10048	UN	1	0,00	0,00
10049	UN	1	0,00	0,00
10050	UN	1	0,00	0,00
10051	UN	1	0,00	0,00
10052	UN	1	0,00	0,00
10053	UN	1	0,00	0,00
10054	UN	1	0,00	0,00
10055	UN	1	0,00	0,00
10056	UN	1	0,00	0,00
10057	UN	1	0,00	0,00
10058	UN	1	0,00	0,00
10059	UN	1	0,00	0,00
10060	UN	1	0,00	0,00
10061	UN	1	0,00	0,00
10062	UN	1	0,00	0,00
10063	UN	1	0,00	0,00
10064	UN	1	0,00	0,00
10065	UN	1	0,00	0,00
10066	UN	1	0,00	0,00
10067	UN	1	0,00	0,00
10068	UN	1	0,00	0,00
10069	UN	1	0,00	0,00
10070	UN	1	0,00	0,00
10071	UN	1	0,00	0,00
10072	UN	1	0,00	0,00
10073	UN	1	0,00	0,00
10074	UN	1	0,00	0,00
10075	UN	1	0,00	0,00
10076	UN	1	0,00	0,00
10077	UN	1	0,00	0,00
10078	UN	1	0,00	0,00
10079	UN	1	0,00	0,00
10080	UN	1	0,00	0,00
10081	UN	1	0,00	0,00
10082	UN	1	0,00	0,00
10083	UN	1	0,00	0,00
10084	UN	1	0,00	0,00
10085	UN	1	0,00	0,00
10086	UN	1	0,00	0,00
10087	UN	1	0,00	0,00
10088	UN	1	0,00	0,00
10089	UN	1	0,00	0,00
10090	UN	1	0,00	0,00
10091	UN	1	0,00	0,00
10092	UN	1	0,00	0,00
10093	UN	1	0,00	0,00
10094	UN	1	0,00	0,00
10095	UN	1	0,00	0,00
10096	UN	1	0,00	0,00
10097	UN	1	0,00	0,00
10098	UN	1	0,00	0,00
10099	UN	1	0,00	0,00
10100	UN	1	0,00	0,00
10101	UN	1	0,00	0,00
10102	UN	1	0,00	0,00
10103	UN	1	0,00	0,00
10104	UN	1	0,00	0,00
10105	UN	1	0,00	0,00
10106	UN	1	0,00	0,00
10107	UN	1	0,00	0,00
10108	UN	1	0,00	0,00
10109	UN	1	0,00	0,00
10110	UN	1	0,00	0,00
10111	UN	1	0,00	0,00
10112	UN	1	0,00	0,00
10113	UN	1	0,00	0,00
10114	UN	1	0,00	0,00
10115	UN	1	0,00	0,00
10116	UN	1	0,00	0,00
10117	UN	1	0,00	0,00
10118	UN	1	0,00	0,00
10119	UN	1	0,00	0,00
10120	UN	1	0,00	0,00
10121	UN	1	0,00	0,00
10122	UN	1	0,00	0,00
10123	UN	1	0,00	0,00
10124	UN	1	0,00	0,00
10125	UN	1	0,00	0,00
10126	UN	1	0,00	0,00
10127	UN	1	0,00	0,00
10128	UN	1	0,00	0,00
10129	UN	1	0,00	0,00
10130	UN	1	0,00	0,00
10131	UN	1	0,00	0,00
10132	UN	1	0,00	0,00
10133	UN	1	0,00	0,00
10134	UN	1	0,00	0,00
10135	UN	1	0,00	0,00
10136	UN	1	0,00	0,00
10137	UN	1	0,00	0,00
10138	UN	1	0,00	0,00
10139	UN	1	0,00	0,00
10140	UN	1	0,00	0,00
10141	UN	1	0,00	0,00
10142	UN	1	0,00	0,00
10143	UN	1	0,00	0,00
10144	UN	1	0,00	0,00
10145	UN	1	0,00	0,00
10146	UN	1	0,00	0,00
10147	UN	1	0,00	0,00
10148	UN	1	0,00	0,00
10149	UN	1	0,00	0,00
10150	UN	1	0,00	0,00
10151	UN	1	0,00	0,00
10152	UN	1	0,00	0,00
10153	UN	1	0,00	0,00
10154	UN	1	0,00	0,00
10155	UN	1	0,00	0,00
10156	UN	1	0,00	0,00
10157	UN	1	0,00	0,00
10158	UN	1	0,00	0,00
10159	UN	1	0,00	0,00
10160	UN	1	0,00	0,00
10161	UN	1	0,00	0,00
10162	UN	1	0,00	0,00
10163	UN	1	0,00	0,00
10164	UN	1	0,00	0,00
10165	UN	1	0,00	0,00
10166	UN	1	0,00	0,00
10167	UN	1	0,00	0,00
10168	UN	1	0,00	0,00
10169	UN	1	0,00	0,00
10170	UN	1	0,00	0,00
10171	UN	1	0,00	0,00
10172	UN	1	0,00	0,00
10173	UN	1	0,00	0,00
10174	UN	1	0,00	0,00
10175	UN	1	0,00	0,00
10176	UN	1	0,00	0,00
10177	UN	1	0,00	0,00
10178	UN	1	0,00	0,00
10179	UN	1	0,00	0,00
10180	UN	1	0,00	0,00
10181	UN	1	0,00	0,00
10182	UN	1	0,00	0,00
10183	UN	1	0,00	0,00
10184	UN	1	0,00	0,00
10185	UN	1	0,00	0,00
10186	UN	1	0,00	0,00
10187	UN	1	0,00	0,00
10188	UN	1	0,00	0,00
10189	UN	1	0,00	0,00
10190	UN	1	0,00	0,00
10191	UN	1	0,00	0,00
10192	UN	1	0,00	0,00
10193	UN	1	0,00	0,00
10194	UN	1	0,00	0,00
10195	UN	1	0,00	0,00
10196	UN	1	0,00	0,00
10197	UN	1	0,00	0,00
10198	UN	1	0,00	0,00
10199	UN	1	0,00	0,00
10200	UN	1	0,00	0,00
10201	UN	1	0,00	0,00
10202	UN	1	0,00	0,00
10203	UN	1	0,00	0,00
10204	UN	1	0,00	0,00
10205	UN	1	0,00	0,00
10206	UN	1	0,00	0,00
10207	UN	1	0,00	0,00
10208	UN	1	0,00	0,00
10209	UN	1	0,00	0,00
10210	UN	1	0,00	0,00
10211	UN	1	0,00	0,00
10212	UN	1	0,00	0,00
10213	UN	1	0,00	0,00
10214	UN	1	0,00	0,00
10215	UN	1	0,00	0,00
10216	UN	1	0,00	0,00
10217	UN	1	0,00	0,00
10218	UN	1	0,00	0,00
10219	UN	1	0,00	0,00
10220	UN	1	0,00	0,00
10221	UN	1	0,00	0,00
10222	UN	1	0,00	0,00
10223	UN	1	0,00	0,00
10224	UN	1	0,00	0,00
10225	UN	1	0,00	0,00
10226	UN	1	0,00	0,00
10227	UN	1	0,00	0,00
10228	UN	1	0,00	0,00
10229	UN	1	0,00	0,00
10230	UN	1	0,00	0,00
10231	UN	1	0,00	0,00
10232	UN	1	0,00	0,00
10233	UN	1	0,00	0,00
10234	UN	1	0,00	0,00
10235	UN	1	0,00	0,00
10236	UN	1	0,00	0,0

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento de Identidade (RG): _____
Documento de Cidadania e Naturalização: _____
Cartão do SUS: _____ - Número de identificação: _____ - CNH: 032-743-152



ENERGIA S.A. - GESTÃO DURA DE ENERGIA S.A.
Br 220, Km 29 - Centro Industrial - Rio Pardo / PR - CEP 86010-400
CHP#99.000.183 / 00001-10 - Telefones: 46.81555-1111

CAMPUS DO COTIA-SP DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS RUA SANTO DOMINGOS, 317 PATO BRANCO			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR 5/366320-0
REFERÊNCIA OUT/2019	APRESENTAÇÃO 17/10/2019	CONSUMO 183	ENCERTEAMENTO 24/10/2019

www.scholarship.org

BANCO DO BRASIL PAGARÁ PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02824.912001	07558.124173	1	60520000017433	
Pagador: DANIEL DE ARAÚJO MEDEIROS CNPJ/CPF: 567.927.944-49				
RUA MANOEL TORRES 322 - SALGADINHO - PATOS / PB - CEP 00080-000				
Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
2624912007556124	00198320201910	24/10/2019	R\$ 174,33	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA, BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Ofício do Beneficiário: 3064-3/20147-3				



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
 Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 64

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC** (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | **Central Ouvidoria**: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das 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 de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da Indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao CDAP.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA 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 N°9.613/98.

Pelo exposto, eu

DANIEL DE ARAUJO MEDEIROS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 567027000,49

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 100778904 26

do sinistro de DPVAT cobertura

MORTE

da Vítima PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 092419614 ,90

conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

Recuso Informar e apresento os documentos comprobatórios:

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:

RUA MANOEL TORRES

Bairro:

SALGADINHO

E-mail:

danielmedeiros1@hotmail.com.br

Cidade:

PATOS

Número:

320

Complemento:

Estado:

PI

CEP:

58706510

Tel.(DDD):

Local e data: PATOS - PI, 13 DE SETEMBRO DE 2019

Daniel de Araújo Medeiros
Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha os(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 092.419.634-90 4 - Nome completo da vítima: Paulo de Oliveira Júnior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Francisco Lúcio da Silva 6 - CPF: 039.498.644-77

7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Rua Policial Militar Ivoan 9 - Número: 32 10 - Complemento:

11 - Bairro: Vila Brasília 12 - Cidade: Senra do Mel 13 - Estado: RN 14 - CEP: 59663-000

15 - E-mail: abelmaiaadv@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 84-8943-3770

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO (INFORMAR) R\$1.000 A R\$1.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237) Itaú (241)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 01463 CONTA: 000 00 86 2 0
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 sempre após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atende 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 Lider 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

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 30-08-2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: FERNANDA LÚCIA DA SILVA

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim 30 - Vítima deixou nascituro (velho/a)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 298 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1^a | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

39 - 2^a | Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____

40 - Local e Data: Mossoró - RN - 13/10/2019 * Francisco Lúcio da Silva

41 - Assinatura da Vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) TÍPICO(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do shistro ou ANL:

3 - CPF da vítima:

092 419 614-90

4 - Nome completo da vítima:

PAULO DE OLIVEIRA JÚNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

KRISS KAUÁ DE SOUSA OLIVEIRA

6 - CPF:

185 332 127-46

7 - Profissão:

ESTUDANTE

8 - Endereço:

RUA MARIA DE OLIVEIRA MELO

9 - Número:

510

10 - Complemento:

JERICÓ

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

58830 000

15 - E-mail:

-

16 - Tel.(DDO):

33 91973-9603

17 - Nome completo do Representante Legal:

MABEL EVINA DE SOUSA

18 - CPF do Representante Legal:

100 178904-26

19 - Profissão do Representante Legal:

AGRICULTURA

Declaro, para todos os fins de direito, residir na endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DA TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPAN

A (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237)

Banco do Brasil (101)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todas os bancos)

Nome da BANCO:

AGÊNCIA:

100

CONTA:

21591

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência;
- 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 permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso disconcorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado:

civil da vítima:

Solteiro

Casado (no CRM)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do

morte da vítima:

00 - 08 - 2010

F12411

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

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

teve filhos?

Não

Sim

Se tinha filhos, informar

seu nome:

Falecidos

Vivos

Falecidos

Vivos

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, Informar

seu nome:

Falecidos

Vivos

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CNPJ legível de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, JERICÓ - PR 28 de AGOSTO DE 2010

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Samuel de Souza Valerio

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

38 - 1º | Nome: MABEL EVINA ARAUJO DE OLIVEIRA

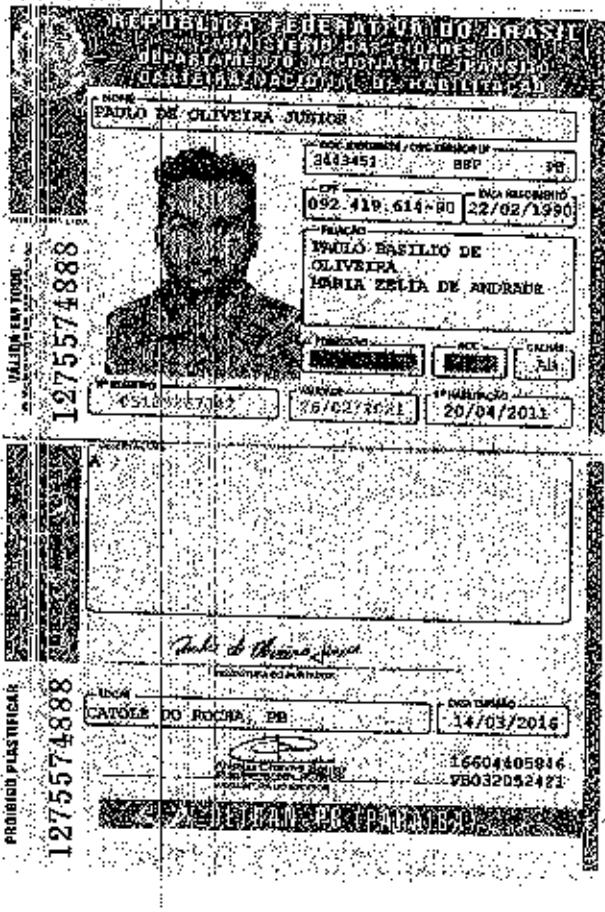
CPF: 092 419 614-90

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: PRINCIPAL DASILVA DE OLIVEIRA

CPF: 843 819 554-00

Assinatura da testemunha



PROBLEMS

1275574888 1275574888





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número:
020.492.644-77

Name _____

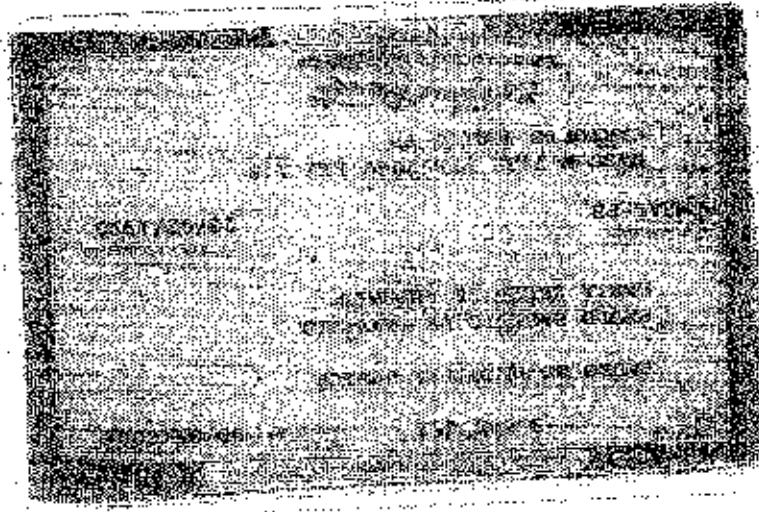
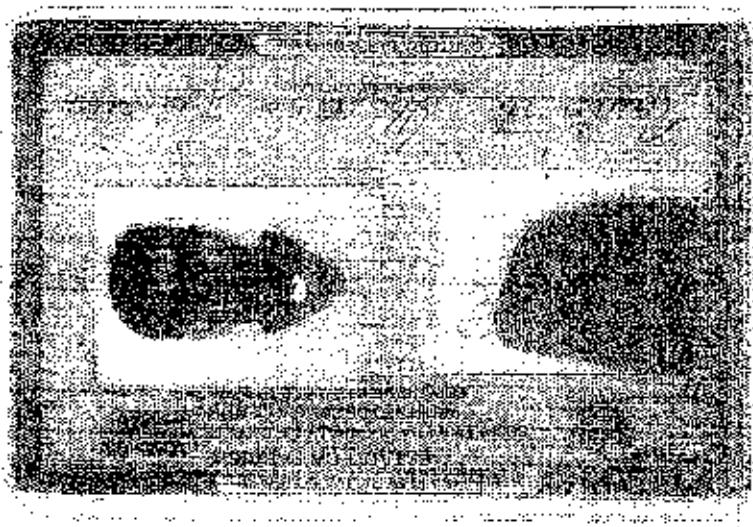
FRANCISCA LUCIA DA SILVA

Nascimento
30/03/1979

VALIDO SOMENTE COM O COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

RECIBIDO
ARQUITECTO
SET 13 1976
TERRADO SOLADM
CORREO DE SEGS

FRANCISCA LUCIA DA SILVA	002.095.504	13/07/1999
MUSSEL LUCIA DA SILVA		
MARIA DD SOCORRO DA SILVA		
JOAO DIAS RN	00003-56-002135	20/03/1975
NASCIM LOAIS RN	E-022	01-CARTORIO
Z31100 5		





Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **092.419.614-90**

Nome: PAULO DE OLIVEIRA JUNIOR

Data de Nascimento: **22/02/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **03/12/2007**

Dígito Verificador: **00**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

62.487.431-X 1 via 04/08/2016

MABEL EVINA DE SOUSA

**JOSÉ CAETANO SOBRINHO
FRANCISCA ALVES DE SOBRINHO**

NATURALIS
CATOLO DO ROCHA - PB

CATÓLE DO ROCHA-PB MATO GROSSO CN:LV.A2 /FLS.141V/N00USG3

100778904/26

Gargano, Paulo Filho
Delegado da 2ª Delegacia Especializada (DPE) - SP - 32

ASSINATURA DO DIRETOR

ASSINATURA DO DIRETOR