



09/07/2020

Número: **0000744-03.2020.8.17.2990**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Olinda**

Última distribuição : **30/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA (AUTOR)		SHANNON RAPHAELA ROCHA GALASSO (ADVOGADO) DANILO JOSE FREITAS DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA (AUTOR)		SHANNON RAPHAELA ROCHA GALASSO (ADVOGADO) DANILO JOSE FREITAS DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (AUTOR)		SHANNON RAPHAELA ROCHA GALASSO (ADVOGADO) DANILO JOSE FREITAS DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64414 519	09/07/2020 11:19	ANEXO 1	Outros (Documento)

11/11/11 11:11 AM 11/11/11 11:11 AM

HISTÓRIA E GEOGRAFIA DO BRASIL

Módulo de História - 8º ano
Aluno(a) _____
Data ____/____/____

FOLHA Nº 01

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		TÍTULO ELEITORAL		IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA	
NOME DO ELEITOR		ENDEREÇO DE SOUZA BEZERRA		SEÇÃO 0722	
DATA DE NASCIMENTO		03/10/1979		100	
Município / UF		OLINDAIME		DATA DE EMISSÃO 29/07/2015	
Município / UF		OLINDAIME		Município / UF	





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
098.298.454-51

Nome
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

Nascimento
03/10/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
C33D.6417.A625.C605

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 08:34:00 do dia 27/08/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



Declaração de únicos herdeiros



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: **NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA**

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

Nome completo: **CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA** CPF: **0735 9420 0825**

Profissão: _____ Endereço: **RUA MAURINA SENA** Número: **16** Complemento: **QD-C**

Bairro: **AGUAZINHA** Cidade: **OLINDA** Estado: **PE** CEP: **53.000-00**

E-mail: **BIOLGA.ACC@HOTMAIL.COM** Tel.(DDD): **81-988656224**

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0917** **013** CONTA: **00075059** **7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☒ Viúvo Data do óbito da vítima: **14/08/2016**

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

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **03** Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

Local e Data, _____
 Nome: **CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA**

CPF: **0735 9420 0825**
Ana Cláudia Cláudia do Nascimento

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **LILIAN LIRA BEZERRA**

CPF: **112.296.864-79**
Lilian Lira Bezerra

Assinatura

2ª Nome: **MARIA DA PAZ GOMES DE MELLO**

CPF: **492.812.404-91**
Mª DA PAZ GOMES DE MELLO

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amós), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima NELDE MARIA DE SOUZA BEZERRA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 14/09/2016, faleceu em 14/09/2016 no estado civil de VÍDVA (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. CARLOS ADRIANO DE S. BEZERRA	FILHO	6.506.266	0735.9420.0825
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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.

OLINDA 28/03/2019
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

A RGO, Ana Cláudia C. do Nascimento
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

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.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. LILIAN CIRIA BEZERRA	8.204.624	112.296.864.79	Lilian Ciria Bezerra
2. MARIA DA PAZ G. DE MELO	3.074.676	492.832.404.91	Maria da Paz Gomes de Melo

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

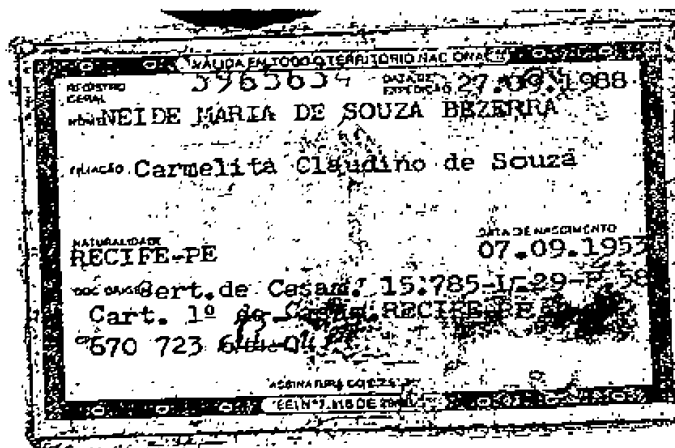
- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente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

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Uder DPVAT

SAC DPVAT 0800 027 1204

www.dpvatsegurodotransito.com.br





Documentos de Identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 670.723.644-04

Nome NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Nascimento 07/09/1953

VALIDO SOBRETE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
CACB AB22 F8C6 0593

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 12:38:04 do dia 22/03/2011 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 99



Declaração de únicos herdeiros



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: ANDRESS DE SOUZA BEZERRA	CPF: 09829845451	
Profissão: AUTÔNOMO	Endereço: RUA MAURINA SENA	Número: 16 Complemento:
Bairro: AGUAZINHA	Cidade: OLINDA	Estado: PE CEP:
E-mail:	Tel. (DDD) 988468361	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRANDESCO**

AGÊNCIA: **1599** **7** CONTA: **0047528** **9**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **03** Vítima deixou nascituro (m/nascido)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

Local e Data: **OLINDA 28/03/2019**

Nome: **ANDRESS DE SOUZA BEZERRA**

CPF: **09829845451**

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Andress de Souza Bezerra

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **ADRIANA JUNENAL DA SILVA**

CPF: **02806056411**

Adriana Junenal da Silva

Assinatura

2ª Nome: **EDILENE MZ DA SILVA BARBOSA**

CPF: **522.421.964-72**

Edilene MZ da Silva Barbosa

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

0001/2018

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 NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 14/09/2016 faleceu em 14/09/2016 no estado civil de VIVA (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. <u>ANDRESS DE SOUZA BEZERRA</u>		<u>5479954</u>	<u>098.298.454-51</u>
2. <u>CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA</u>		<u>4856147</u>	<u>896.093.604-91</u>
3. <u>CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA</u>		<u>6506266</u>	<u>075.640.024-08</u>
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima () 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.

OLINDA, 21 JUNHO 2018
LOCAL E DATA

OLINDA, 21 JUNHO 2018
LOCAL E DATA

OLINDA 21 JUNHO 2018
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Andress de Souza Bezerra
ASSINATURA DO DECLARANTE

Carlos André de Souza Bezerra
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 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.			
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>MARIA JOSÉ JUVENAL DA SILVA</u>	<u>4476224/505</u>	<u>74298380491</u>	<u>Maria José Juvenal da Silva</u>
2. <u>ADRIANA JUVENAL DA SILVA</u>	<u>5311977/505</u>	<u>028060564-11</u>	<u>Adriana Juvenal 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.dpvatseguradotransito.com.br



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS ADRIANO DE SOUZE BEZERRA

RG nº 6.506.266, data de expedição 17/08/12, Órgão SDS/PE

CPF nº 073594200825 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:

Comprovante de residência



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA MAURINA SENA
Número	16
Apto / Complemento	QUADRA C
Bairro	AGUAZINHA
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53.000-00
Telefone de Contato	(81) 988656824
E-mail	BIOLOGA.ACC@HOTMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA 28/03/2019

Assinatura do Declarante:



A R O G O, Ana Claudia Claudina do Nascimento





CNPJ 08.762.035/0001-04
INSC. EST. Nº 18.1.001.001/396-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KENNEDY - IMAL - 01001 - PEIXINHO

01/01/2019 - 31/03/2019

DADOS DO CLIENTE
CAROLINA CLAUDIA DE SOUZA MATRICULA: 108446929
R NAURINA SENA, N. 80016 - QD-C - AGUAZINHA OLINDA PE 53000-00
INSCRIÇÃO: 734.205.243.0008.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMATICO: 068446929

SITUAÇÃO AGUA LIGADA	SITUAÇÃO RESPOSTA INICIAL	RESPOSTA CONSUMO	RESPOSTA REAL
ALTA	07/12/2018	07/01/2019	REAL

ALTA:
LIT. AID: 273 CONSUMO
LIT. AID: 273
LIT. AID: 273

HISTÓRICO DE CONSUMO REFRIGERANTE CONSUMO

DATA	MÊS	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT.	ANALISES	ATENDEN
11/2018	03		MS 2.014/11	REALIZ.	A LEGIS
12/2018	04	TURBIDZ	78	78	78
01/2019	03	COR APARELHIL	78	78	75
02/2019	04	CLORO RESIDUAL	78	78	75
03/2019	04	PH TOTAL	78	78	77
04/2019	04		78	78	77
MEDIA	04				

Qualidade de Água: mmr.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS: AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS: COR E TURBIDZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ABASTECIMENTO DE ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDUAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30

CONSUMO	41,30	1,65	0,68
CONSUMO	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 30/01/2019 TOTAL PAGAR: 41,30

ARRESCADO:

Pagamento realizado com sucesso!
11/01/2019 10:00:00

Empreiteira: COMPESA
Valor do pagamento: R\$ 41,30
Vencimento: 30/01/2019
Valor do pagamento: R\$ 41,30

CODIGO DE BARRAS
8284200000 1 413081730-8
06844692901 1 10201030000-7

CODIGO DE TRANSAÇÃO
108472 0002 00000000000000000000

INCL
3771-0007





CNPJ 08.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KENNEDY - JUM. - 01001 - PEIXINHO
OLHADA PL 53010-128

DADOS DO CLIENTE
CARNEIROS CLAUDIA DE SOUZA MATRICULA: 158446929
R MAURINA SENA, N. 00016 - QD-C - AGUAZINHA OLINDA PE 53000-00
INSCRIÇÃO: 734.205.243.0008.000 GRUPO: 12 DEB. AUTOMATICO: 068446929

SITUAÇÃO AGUA LIGADA	SITUAÇÃO ESOTO DUTOS	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PUBLICA
12/2018	07/12/2018	07/01/2019	07/01/2019	07/01/2019	07/01/2019

QUANTIDADE DE AGUA: 3,14 m³
LITROS: 3140
LITROS: 3140
LITROS: 3140

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

PARAMETROS	EXIG. PORT.	ANALISES ATENDER.	REALIZ. A LEGIS.
TURBIDÍMETRO	78	78	78
COR APARENTE	78	78	75
COLOR RESIDUAL	78	78	78
COLIF. TOTAIS	78	78	77
COLIF. TOTAIS	78	78	77

Qtd. de Água: 3,14 m³
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA	3,14	41,30
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3,14	41,30

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS
ÁGUA
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

CONSUMO DE ÁGUA
3,14
41,30

Pagamento realizado com sucesso!
11/01/2019 10:00:00

Parâmetro: COMPESA
Valor do consumo: R\$ 41,30
Valor do pagamento: R\$ 41,30
Vencimento: 12/01/2019
Método de pagamento: Cartão de Crédito

CÓDIGO DE BARRAS
8287000000 7 4130018724-8
8287000000 7 4130018724-8
CÓDIGO DA TRANSAÇÃO
724 712 0002 40AC-AA16-8C806718E8B5

NSU
37244897

VENCIMENTO: 20/01/2019 TOTAL A PAGAR: 41,30

INSCRIÇÃO:





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDESS DE SOUZA BEZERRARG nº 5.479.954, data de expedição 21/05/2014, Órgão SDS

CPF nº 098.298.454-51, 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 DO MARCO</u>
Número	<u>52</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>AGUAZINHA</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.270-250</u>
Telefone de Contato	<u>988656824</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA 28/05/2018Assinatura do Declarante: Andress de Souza Bezerra

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

RG nº 4856147, data de expedição 21/09/2009 Órgão SDS

CPF nº 896.093.604.91, 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)	RUA MAURINA SENAI
Número	16
Apto / Complemento	
Bairro	AGUAZINHA
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53.000-000
Telefone de Contato	988468361
E-mail	BIOLOGA.ALC@HOTMAIL.COM

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 21 JUNHO 2018

Assinatura do Declarante: Carlos André de Souza Bezerra





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014388-2
ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KONDY - MUR. - 01001 - PETRIMOS
OLINDA PE, 53010-120

DADOS DO CLIENTE
CARMELYA CLAUDINA DE SOUZA MATRÍCULA: 68446929 ALI/2018
R. MAURINA SENA, N. 00016 - QD-C - AGUAZINHA OLINDA PE 53000-00
INSCRIÇÃO: 734.205.243.0008.000 GRUPO: 11 DER AUTOMÁTICO: 066446829

TIPO DE AGUA	SISTEMA DE ABASTECIMENTO	RESERVAÇÃO	CONDIÇÃO DE ENTREGA	PROTEÇÃO
ÁGUA DE ABASTECIMENTO	ABASTECIMENTO INTERIORE	ABASTECIMENTO INTERIORE	ABASTECIMENTO INTERIORE	ABASTECIMENTO INTERIORE

LEIT. ANT.: 243 CONSUMO: 4
LEIT. ATU.: 247
LEIT. FAT.: 247

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	PARÂMETROS	VALOR	ANÁLISES	ATENDIMENTO
03/2018	TURBIDEZ	76	76	73
02/2018	COR APARENTE	76	76	73
01/2018	CLORO RESIDUAL	76	76	68
12/2017	CLORO TOTAL	76	76	66
11/2017	CLORO TOTAL	76	76	76
10/2017	CLORO TOTAL	76	76	76
09/2017	CLORO TOTAL	76	76	76

Obs.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA RESIDENCIAL 3 UNIDADES(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL(R\$)

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

4,18 40,18

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às 19h

130-672579490-4

18/05/2018

HORA DE ABERTURA

LOT. 15.00023-1
LOCALIZAÇÃO: OLINDA
AG. VINCULADA: 4738

CORRESPONDENTE DE PAGAMENTO
COMPESA CIA SAN PERMANBUCA

VALOR DO PAGAMENTO: 40,18

826000000001 401609187346
066446829017 042018200031

130-672579490-4

1ª VIA

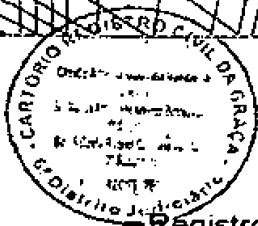
Loterias CAIXA

VENCIMENTO: 20/05/2018

TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:





Certidão de óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Certidão de Óbito

NOME:

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

MATRÍCULA:

074997 01 55 2016 4 00227 147 0112127 58

SEXO Feminino	COR Preta	ESTADO CIVIL E IDADE Viúva, 63 anos
NATURALIDADE Recife, Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 670.723.644-04, RG 3965634 SSP/PE	ELEITOR Sim
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA Filha de Carmelita Claudino de Souza. Residência da falecida: na Rua do Marco nº 52, Aguazinha, Olinda, Pernambuco		
DATA E HORA DE FALECIMENTO Quatorze de setembro de dois mil e dezesseis, às		DIA 14
		MES 09
		ANO 2016
LOCAL DO FALECIMENTO Hospital da Restauração Recife - PE		
CAUSA DA MORTE Choque decorrente de trauma abdominal produzido por instrumento, contundente.		
SEPULTAMENTO / CRIAÇÃO Cemitério de Águas Compridas, Olinda-PE		DECLARANTE José Ronaldo Galvão Silva, nacionalidade brasileira, RG Nº 1.933.105 SSP-PE, CPF/MF Nº 353.796.114-87, profissão Motorista, estado civil: divorciado, residente rua Galvota, 110, Oito Unidos, Recife-PE, preposto da falecida
NOME E Nº DE DOCUMENTO DOS MÉDICOS QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO Luciana Q. de O. Borges, CRM 11106		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Ato registrado no livro C-227, às folhas 147 sob o nº 112127. Data do registro: 15 de setembro de 2016. Data do óbito: 14 de setembro de 2016. Profissão da falecida: Empregada Doméstica. Data de nascimento da falecida: 7 de setembro de 1953. Era eleitora. Viúva. A falecida era casada com João Gomes Bezerra, não deixou bens e deixou três filhas: Andressa de Souza Bezerra, Carlos André de Souza Bezerra e Carlos Adriano de Souza Bezerra. Não constam averbações à margem do livro.		

Nome do Oficial
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Oficial Registrador
Cleide Amélia Gouveia Vanderlei
Bel. Marcus Antonio de Azevedo Beltrão Junior-1º substituto
Bel.ª Rafaela Raquel Gouveia Vanderlei-2ª substituta

Município/UF
Recife-PE

Endereço
Av. João de Barros, 1664 Lojas 01/02, Espinheiro

Selo: 0074997.BP205201602.07118
Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Opi fé.
Recife, 15 de setembro de 2016.



4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - loja 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (011) 3722.0066

AUTENTICAÇÃO

Autenticação a presente cópia reproduzida, conforme original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. Es. test. da verdade.

MAURÍCIO DE LIMA G. B. FILHO (Delegatário)

Emol.: R\$ 3,32 (três reais e 32 centavos) Total: R\$ 3,98
Válido somente com o selo 0074997.BP205201602.07118

Consulta autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

ATA GRATUITA





M.
Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - DP4ºCIRC
DIM/2ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 16E0334001277

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/09/2016 às 13:31

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/9/2016 às 06:30

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, 1.
PERIMETRAL - Bairro: PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL
LOCAL DO FATO: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR/AGENTE)
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (INQUILANTE)
NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Código na descrição da ocorrência), que estava sob posse do(s) P(ões):
A INVESTIGAR

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

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Mês:
NEIDE MARIA DE SOUZA PEREIRA JOÃO GOMES BEZERRA (Mãe de Nascimento): 24/01/1975
Nascimento: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residência: RUA DO MARCO, 52, AGUAZINHA - CEP: 55000-000 - Bairro:
SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO CLUBE PERICUITÃO

A INVESTIGAR (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Nascimento: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (não presente ao plantão) - ID: 669247 Sexo:
Feminino/Mês: CARMELITA CLAUDIRA DE SOUZA Dado de Nascimento: 7/5/1968 Nascimento:
RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Sexo: F (F) VIUVOS (V) Estado civil: 1º GRAU
INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)
Exame pericial: (colocado por esta unidade operacional). IMPL PARA EXAME CADAVERICO
Endereço Residência: RUA DO MARCO, 52, AGUAZINHA - CEP: 55000-000 - Bairro:
SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL, ANTIGO CLUBE PERICUITÃO

4º RCPN - Bon Vista - Recife - Pernambuco
Rua do Comércio, 700 - 3º - Bon Vista - CEP: 50050-130 - Fone: (81) 3222-0790

AUTENTICAÇÃO

Autentico e presente cópia reprográfica conforme a
original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017, às ____ de
verdade.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (Delegatário)
Emitido em: 01/11/2017 às 14:06:06 Total: R\$ 3,58
Válido somente com o selo 0073107.59110201701.04163

Consulte a autenticidade em: www.pca.gov.br/104163



14/09/2016 13:31

14/09/2016 13:31 20-09-2016 13:31 482900 1/1



Data: KIM6061 (PERNAMENCOMAO INFORMACO) Sequencia: 653644696 Class: 5C2KC1674DR521072
 Ano Fabricao/Solusao: 2013/MAO INFORMACO
 Operacao: FAN FSI

Complemento / Observação

O NOTICIANTE É FILHO DA VITIMA E INFORMA QUE A MESMA VINHA TRANSITANDO NA PERIMETRAL COM A PRESIDENTE KENNEDY, OLINDA/PE, APROXIMADAMENTE AS 04H38 MIN DO DIA DE HOJE, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA, CUJO CONDUTOR É DESCONHECIDO E A PLACA AMOTADA POR POPULARES É KIN6671; QUE A MESMA FOI SOCORRIDA POR BOMBEIROS MILITARES, SARGENTO CARLOS, MATRICULA 340137-7. PARA ESTE MOSOCOHIO ONDE VEIO A ÓBITO AS 07H10MIN DO MESMO DIA, CONFORME GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER, PRONTUARIO 1558773, ASSINADA PELO DR. SÉRGIO DE OLIVEIRA CRM 6744 QUE INFORMA: INFORMAÇÃO DOS BOMBEIROS DE ATROPELAMENTO, A VITIMA DEU ENTRADA COM NOME IGNORADO E RETIFICADO NA GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER PELO DR. JOÃO PAULINO ALBUQUERQUE JUNIOR, CRM 4131, DE ACORDO COM A CERTIDÃO DE CASAMENTO MATRICULA: 076542 01 ES 1953 2 00023 ESB 445726 ES, DO 1º DISTRITO JUDICIÁRIO, CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DO RECÍPEPE, DATADO DE 22/04/1953, O NOME DA VITIMA PASSOU A SER NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA. NIC 644247.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade de policiamento

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: DJAIRA BARBOSA DE MELO - Matrícula: 144417

174 1066289 01:51 816X-MT-42 260 1066297 00:57 816X-MT-42

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua de Caramuru, 200 - 1º e 2º - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 3271-1111

AUTENTICACAO

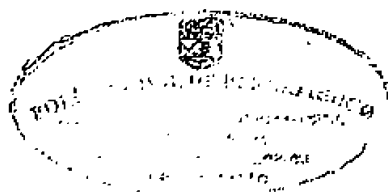
Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, na qual dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. Em test. _____ da
verdade.

MARIA DE LOURDES G. BUNFEMA (Deputada Lúria)

[En]: R\$ 3.32 [Sst]: R\$ 0.46 Total: R\$ 3.98

Valida somente com o selo 0075161-010261701.04164

Consulte a publicação em: www.mpe.gov.br/interlegisla



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT



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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: **NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA**

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

Nome completo: **CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA** CPF: **0735 9420 0825**

Profissão: _____ Endereço: **RUA MAURINA SENA** Número: **16** Complemento: **80-C**

Bairro: **AGUAZINHA** Cidade: **OLINDA** Estado: **PE** CEP: **53.000-00**

E-mail: **BIOLOGA.ACCOHO@MAIL.COM** Tel. (DDD): **81-988656224**

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

RENDAS MENSAL:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0917 013** CONTA: **00075059 7**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☒ Viúvo Data do óbito da vítima: **14/08/2016**

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

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **3** falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

Local e Data, _____

Nome: **CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA**

CPF: **0735 9420 0825**

Ass. Ubaldina Clordina de Norciment

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **LILIAN LIRA BEZERRA**

CPF: **112.256.864-79**

Lilian Lira Bezerra

Assinatura

2ª Nome: **MARIA DA PAZ GOMES DE MELLO**

CPF: **492.812.404-91**

Mª DA PAZ GOMES DE MELLO

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





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, CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6.506.266 EXPEDIDO POR 505 EM 17/05/2018 E

CPF 035640024-08 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (") NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp nº 445/2017, 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 aparecerem 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 Lotéricas 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 SISEDPVAT 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) 0917 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043.000 35059-7

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.

OLINDA de JUNHO de 2018

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.dpvatseguradorstransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

TEMPO 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, CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6.506.266 EXPEDIDO POR SS EM 17/09 de 2012 E

CPF 0756630024-08 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 aparecerem 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 Lotéricas 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/scaner, 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) 0913 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043.000.35059-7

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.

OLINDA de JUNHO de 2018

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 0800-0221704.



CAIXA
CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG Conde da Boa Vista
DATA: 02/01/2012 HORA: 17:34:37
TERMINAL: 10301032 CONTROLE: 103010320558

AGÊNCIA: 0917 - MARCOS FREIRE
CONTA: 013.00075059-7
CLIENTE: CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE.

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/01	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
01/01	2,53

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

		SALDO ANTERIOR	2,52C
--	--	----------------	-------

Janeiro

01/01	000000	REM BASICA	0,00C
01/01	000000	CREO JUROS	0,01C

RESUMO EM 29/12

SALDO	2,53C
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	2,53C
SALDO TOTAL	2,53C

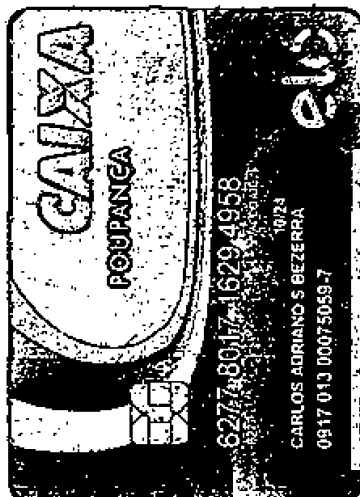
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 8101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





AUTO-ATENDIMENTO - AG Comde da Boa Vista
DATA: 02/01/2018 HORA: 17:34:37
TERMINAL: 10301032 CONTROLE: 103010320558

AGÊNCIA: 0917 - MARCOS FREIRE
CONTA: 013.00075059-7
CLIENTE: CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/01	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
01/01	2,53

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			2,53C
----------------	--	--	-------

Janeiro

01/01	000000	REM BASICA	0,00C
01/01	000000	CRED JUROS	0,01C

RESUMO EM 29/12

SALDO	2,53C
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	2,53C
SALDO TOTAL	2,53C

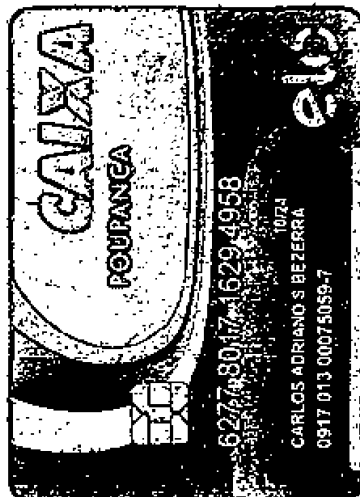
Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com VULGARES. Jáda 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, CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA
PORTADOR(A) DO RG Nº 4.856.147 EXPEDIDO POR 505 EM 24/09/2020 E
CPF 890204360404 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO
E RENDA MENSAL DE R\$ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 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 aparecerem 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 Lotéricas 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 SISOVPAT 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) 0947 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043.00053953 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.

OLINDA 21 de JUNHO de 2020
LOCAL E DATA

Carlos André de Souza Bezerra
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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\$ 2.000,00 em caso de despesas médicas-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguradoransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0030210 TODO DIA PEIXINHOS 26/09/2017
CAIXA
16:20:58 (Horário de Brasília)
*****8236

Saldo N. 93020001-3212

AGENCIA : 0917 - MARCOS FREIRE - PE
CONTA : 013 00053953 S
CLIENTE : CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZ

SALDO ATE A DATA DE:	26/09/2017
DISPONIVEL.....	14.999,67
BLOQUEADO.....	0,00
TOTAL.....	19.999,67

Informações importantes

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termoss. 10 com
vida útil de 5 anos. Evite calor com
plásticos, produtos químicos, água
ou calor, umidade, luz do sol e umidade.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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



DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

CPF: 09829845451

Profissão:

AUTÔNOMO

Endereço:

RUA MAURINA SENAI

Número:

16

Complemento:

Bairro:

AGUAZINHA

Cidade:

OLINDA

Estado:

PE

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

383463361

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

RENDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1589

7

CONTA:

0047528

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Grau de Parentesco com a vítima:

FILHO

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: 03

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vul nascido)?

☐ Sim ☒ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☒ Sim ☐ Não

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

Local e Data: OLINDA 28/03/2019

Nome: ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

CPF: 09829845451

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: ADRIANA JUNENAL DA SILVA

CPF: 02806056411

Assinatura

2ª | Nome: EDILENE MZ DA SILVA BARBOSA

CPF: 522.421.964-72

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

102/2018

Andressa



QUEJIGRIA BRADISCO
Ques. 727 5503





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, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00317/00318 - carta_16 - MORTE

00100159



Carta nº 14992712





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, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00315/00316 - carta_16 - MORTE

00100158



Carta nº 14992529





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, 21 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00319/00320 - carta_16 - MORTE

00100160



Carta nº 1495287





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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

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

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

Comprovante de residência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00727/00728 - carta_03 - MORTE

00050364



Carta nº 1422279





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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00597/00598 - carta_01 - MORTE

00020299



Carta nº 14222064





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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00725/00726 - carta_03 - MORTE

00050363



Carta nº 14221512





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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00593/00594 - carta_01 - MORTE

00020297



Carta nº 14220971





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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00723/00724 - carta_03 - MORTE

00050362



Carta nº 14220828





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, 23 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190272102

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Data do Acidente: 14/09/2016

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00595/00596 - carta_01 - MORTE

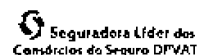
00020298



Carta nº 14220470



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236557/18
Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA
CPF: 670.723.644-04

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 14/09/2016
Titular do CPF: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

Outros



ANDRESS DE SOUZA BEZERRA : 098.298.454-51

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

CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA : 075.610.024-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA : 896.093.604-91

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 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 cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/06/2018
Nome: CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA
CPF/CNPJ: 896.093.604-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/07/2018
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

JULIANA MARQUES RODRIGUES



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

DATA DO ACIDENTE 14/09/2016 POSSUI CPF ☐ SIM ☐ NÃO NE CPF 510.323.644-04

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoraliber.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IMI – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IMI (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IMI.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☒ Laudo Cadavérico (IMI) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (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 Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DE CASAMENTO, com data atual (cópia simples)**
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- BENEFICIÁRIO DE CONCILIAÇÃO (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge**
 - ☐ Termo de Conciliação (original)
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETOS (A)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHOS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO DE ÓBITO dos pais da vítima (cópia simples)**
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima
- BENEFICIÁRIO DE ÓBITO dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)**
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima
- Outros Documentos apresentados:**

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) CARLOS ANDRÉ DE SOUZA BEZERRA

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 88609336421

E-mail BIOLOGAACC@hotmail.com Tel. 9938468364

Data 23/06/2018 Assinatura Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC OLYMPIA Endereço 31170

Atendente Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR Atividade Profissional Atividade Profissional 003-2

Data 23/06/2018 Assinatura Antônio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

De: Jose Carlos
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33
Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>
Cc: Sonja Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>
Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes
Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18
Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>
Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,
Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

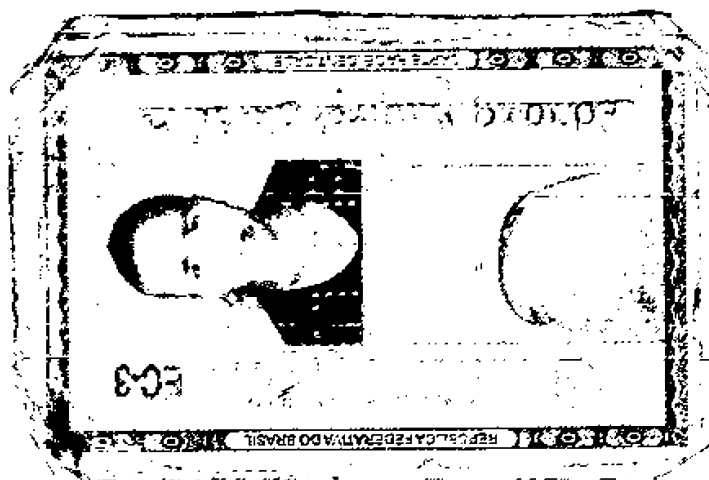
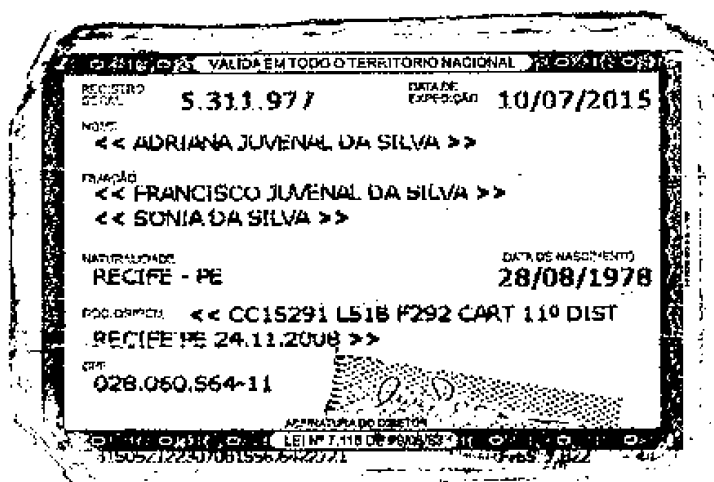
Atenciosamente,

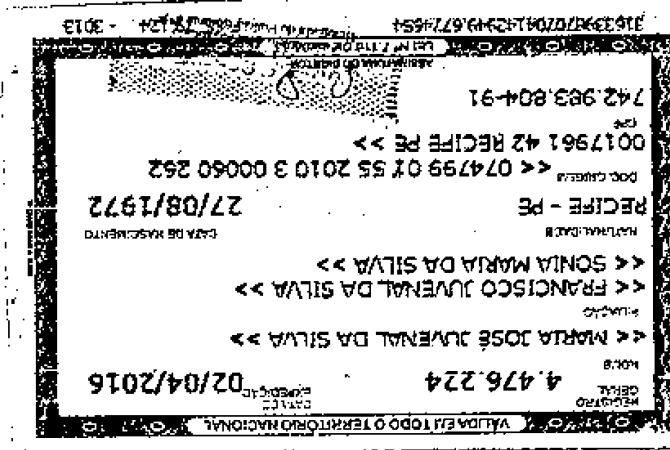
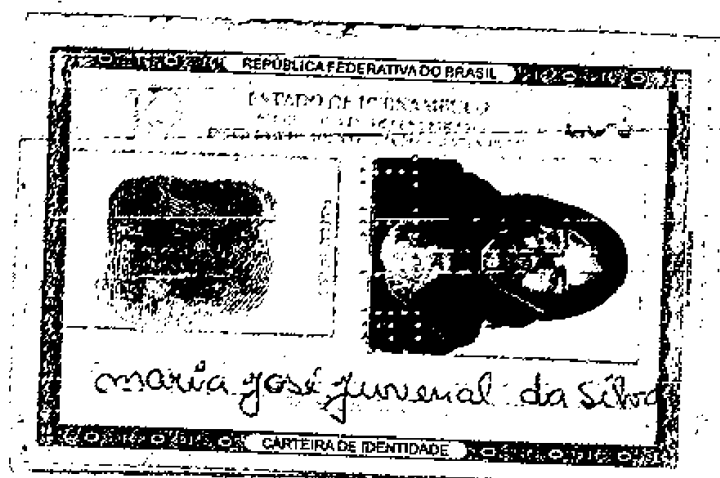
Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

JOÃO GOMES BEZERRA

MATRÍCULA:

075101 01 55 1999 4 00065 228 0064979 71

SEXO Masculino	COR Branca	ESTADO CIVIL E IDADE Casado, 46 anos
NATURALIDADE Recife, Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO Não declarado	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de HAMILTON GOMES BEZERRA, III e de CELINA BARROS BEZERRA, III. Residência do falecido: Rua da Macaíba nº 216 Peixinhos, Olinda, Pernambuco

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Vinte e dois de junho de mil novecentos e noventa e nove, hora ignorada.

DIA
22

MÊS
06

ANO
1999

LOCAL DE FALECIMENTO

no Domicílio, Encaminhado ao I.M.L. Recife/PE

CAUSA DA MORTE

Edema Pulmonar + Miocardiopatia Dilatada + Esteatose Hepática

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério São Bom Jesus da Redenção,
Stº Amaro - Recife/PE

DECLARANTE

Antonio Pereira de Lima, nacionalidade brasileiro,
documento de identificação Nº DECL. DE ÓBITO,
profissão Motorista, estado civil casado, residente
Mortuária Olinda, OLINDA(O)(C)

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(ARAM) O ÓBITO

Dr. Raimundo Roberto G. Pinheiro - CRM: 4985(IML)

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro C-65, às folhas 228 sob o nº 64979. Data do registro: 22 de junho de 1999. Data do óbito: 22 de junho de 1999. Profissão do falecido: IIII. Data de nascimento do falecido: 23 de junho de 1952. Era eleitor. Casado com NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA. O falecido deixou os filhos de nomes: Carlos André, Carlos Adriano e Andres. --- N°IML: 2587/99 Não constam averbações à margem do termo.

Emolumentos: R\$ 37,34 + TSNR R\$ 7,47 Total R\$ 44,81

SELO Nº 0075101.UNE09201401.06060; -Digitado por: Alana Vasconcelos

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital.

Nome do Ofício:

Registro Civil das Pessoas Naturais - 4º Distrito

Judiciário da Capital

Oficiala

Maria de Lourdes Gonçalves Buonafina

Município/UF

Recife-PE

Endereço

Rua da Conceição nº 200 Lj.03 Boa Vista - CEP

50060-130

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Recife-PE, 6 de junho de 2017.

Nilvan G. Buonafina
ESCREVENTE AUTORIZADO

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco

Rua da Conceição, 200 - Lj.03 - Boa Vista - CEP 50060-130 - Fone: (81) 3333-3333

ATENTIFICAÇÃO

Antônio a presente cópia, reprográfica, conforme a original a esta apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. O test.

Verdade. MARIA DE LOURDES GONÇALVES BUONAFINA (Delegada)

Empl. R\$ 3,32 Empl. R\$ 3,32 Empl. R\$ 3,32

Válido somente com o selo 0075101.EPC0201701.04160

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

AAA0996731



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, ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 5.473.954 EXPEDIDO POR SOS EM 24/05/2019

CPF 098298454-51 CNPJ 00000000-00000000, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, 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 Lotéricas 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) 01599 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000000047528-9

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

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

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.

OLINDA

de JUNHO

de 2018

LOCAL E DATA

Andress de Souza Bezerra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$33.500,00 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.



Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES M. RU

EC-3

Não Alfabetizado

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 6.506.266 DATA DE EMISSÃO 17/09/2012

<< CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA >>

REGIÃO

<< JOÃO GOMES BEZERRA >>

<< NEIDE MARIA DE SOUZA >>

NACIONALIDADE

RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 07/11/1980

DOC. ORIGEM

<< CN 28962 L25A F27 CART OLINDA PE

05 08 2008 >>

OPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/03/83

F-51 60 022 - 3073





Laudo de IML - Necropsia



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLICIA CIENTIFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TANATOSCÓPICA Nº 27416 / 2016

REQUISITADO POR: POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - 4ª CIRC. - DEL.
DO ESPINHEIRO
BIC nº: 069847 / 2016 Data 14 / 9 / 2016
ENCAMINHAR PARA: POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - 4ª CIRC. - DEL.
DO ESPINHEIRO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal, Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 17:16 horas do dia 14 de Setembro de 2016 na seção de Exames Tanatoscópicos, procedeu a necropsia de NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA filha(a) de NÃO DECLARADO e de CARMELITA CLAUDINA DE SOUZA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, apresentando a idade de 58 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 3965634, profissão NÃO INFORMADO, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

O corpo chegou à seção de tanatoscopia deste IML às 16:30 horas do dia 14/09/16, acompanhado de guia de remoção hospitalar assinada por Dr Sérgio de Oliveira que diz: "Informação dos bombeiros de atropelamento", acompanha também NIC 069847, e NIC que diz: "atropelamento"

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

DESCRIÇÃO: EXAME EXTERNO: Cadáver do sexo feminino em moderado estado de conservação, mórtese parafísica, resfriamento cutâneo, manchas de hipóstases em dorso, rigidez cadavérica presente e ausência de sinais vitais. Apresenta ainda, edema traumático, equimoses violáceas, escoriações em arrasto presentes na região frontal, nasal, e escapular dorsais. Ferimento de bordas irregulares presente em tábua superior. EXAME INTERNO: CABEÇA: Realizada incisão bimaxilodérmica com rebatimento do couro cabeludo evidenciamos calota craniana íntegra. Após craniotomia com retirada da abóboda craniana evidenciamos cérebro com edema e congestão cerebral. Ossos da base do crânio íntegros. TRONCO: Realizada incisão bimaxilodérmica com retirada do plástico condroesternal evidenciamos pulmões ematósos e congestos. Coração de volume dentro da normalidade para a idade. Presença de volumosa hemoperitônio em cavidade abdominal, decorrente de laceração esplênica e hepática. Demais órgãos anatomicamente dispostos e desprovidos de lesões de interesse médico-legal. Realizado estudo fotográfico do cadáver. Colhido material de viscerais para realizar estudo toxicológico e encaminhado ao laboratório deste IML.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Conclui-se que a causa jurídica da morte foi indeterminada.

QUESITOS:

1º) Qual a causa da morte?

CHOQUE DECORRENTE DE TRAUMA ABDOMINAL

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?

Instrumento contundente.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Condição, 200 - Lote 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 3211-1111

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original e a apresentada, do que dou fé.
Recife, 25 de maio de 2018. Em test. da Verdade,
MÁRIA DE LOURDES G. BURGHI (Delegatária)
Escrit. de J. J. - TSTP: R\$ 0,40 Total: R\$ 4,00
Válida somente com o selo 0075101.0005201801.04261



Página 1 de 5

Consulte a autenticidade em: www.ipe.gov.br/validacao





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PESSIVO CUNHA

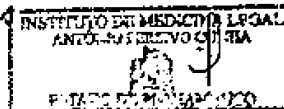


3ª) Foi ocasionada pelo emprego de veneno, fogo, explosão, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel ou de que possa resultar perigo comum?
Não.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^ª. LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES - CRM 11106.

Perito responsável

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PESSIVO CUNHA
Dr. NASKI...
DR 103118



Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.856.147

CARLOS ANDRÉ DE SOUZA BEZERRA

JOÃO GOMES BEZERRA

NEIDE MARIA DE SOUZA

OLINDA-PE

DATA DE NASCIMENTO 21.03.2012

18.03.1976

C.N. 134-L.A2-F.35-CART. DE OLINDA-PE

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

14-2

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

14-2







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 NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 14/09/2018, faleceu em 14/09/2018 no estado civil de VIVVA (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. ANDRESS DE SOUZA BEZERRA		5479954	098.298.454-51
2. CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA		4856147	896.093.604-91
3. CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA		6506266	075640024-08
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima () 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.

OLINDA, 21 JUNHO 2018
LOCAL E DATA

OLINDA, 21 JUNHO 2018
LOCAL E DATA

OLINDA, 21 JUNHO 2018
LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Andress de Souza Bezerra
ASSINATURA DO DECLARANTE

Carlos André de Souza Bezerra
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 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.			
2.			

DADOS DE TESTEMUNHAS

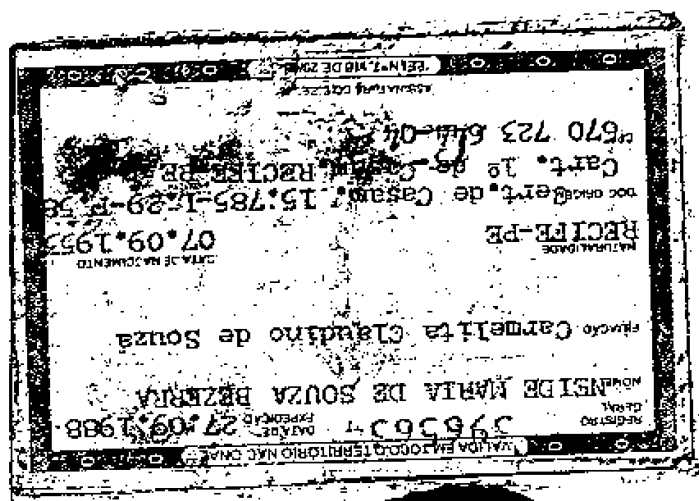
2	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1	MARIA JOSÉ JUVENAL DA SILVA	4476224/505	74298380494	Maria José Juvenal da Silva
2	ADRIANA JUVENAL DA SILVA	5311977/505	028060564-11	Adriana Juvenal da Silva

(*) 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).



Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE
CACB AB22.F8C8.0593
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 14:04 de 04/20/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
670.723.644-04

Nome
NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

Nascimento
07/09/1953

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEBIL 5.879.954 DATA DE EMISSÃO 21/05/2014

NOME << ANDRESS DE SOUZA BEZERRA >>

FILIAÇÃO << JOÃO GOMES BEZERRA >>

<< NEIDE MARIA DE SOUZA >>

NATURALIDADE

RECIPE - PE

DIC Opção << CN28861 LA25 P26V CART OLINDA PE

DATA DE NASCIMENTO 03/10/1979

CPF 04 11 1982 >>

098.298.454-51

EC3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TATYEN RUIM

POLEGAR DIREITO

Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

CARTÃO DE IDENTIDADE

Documentos de identificação



Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

TÍTULO ELEITORAL

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

DATA DE NASCIMENTO 03/10/1979

MUNICÍPIO / UF OLINDA/PE

DATA DE EMISSÃO 29/07/2015

REGIÃO 0222

ZONA 100

Assinado eletronicamente por: Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
098.298.454-51

Nome
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA

Nascimento
03/10/1979

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



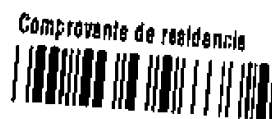
CÓDIGO DE CONTROLE
C33D.6417.A625.C605

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 08:34:00 do dia 27/08/2014 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

RG nº 6.506.266 data de expedição 17/09/2012 Órgão SDS

CPF nº 07561002408, 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 DO MARCO</u>
Número	<u>52</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>AGUAZINHA</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.270-250</u>
Telefone de Contato	<u>988656824</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 21 DE JUNHO 2018

Assinatura do Declarante: 



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

RG nº 4856147, data de expedição 21/09/2009 Órgão SDS

CPF nº 896.093.604.91, 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 MAURINA SENA</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>AGUAZINHA</u>
Cidade	<u>OLINDA</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>53.000-000</u>
Telefone de Contato	<u>988468361</u>
E-mail	<u>BIOLOGA.ALCC@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA, 21 JUNHO 2018

Assinatura do Declarante: Carlos André de Souza Bezerra





CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014388-2

ATENDIMENTO: AVENIDA PRES KENNEDY - MAR. - 01001 - PEIXINHO
OLINDA PE 53010-120

DADOS DO CLIENTE
CARMELETA CLAUDINA DE SOUZA MATRÍCULA: 68446929 ANO: 2018
R MAURINA SENA, N. 00016 - QD-C - AGUAZINHA OLINDA PE 53000-00
INSCRIÇÃO: 734.205.243.0008.000 GRUPO: 11 DER. AUTOMÁTICO: 068446929

SITUAÇÃO AGUA	SITUAÇÃO PROTO	RESIDUAL	QUANTIDADE DE LEITURAS	POSICAO
12000	12000	1	1	
HIIDROMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A120072343	06/04/2018	07/05/2018	REAL	

LEIT. ANT.: 243 CONSUMO: 4
LEIT. ATU.: 247
LEIT. FAT.: 247

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO	PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS	ANALISES	ATEMDEM
03/2018 04		REG. PORT. 76	76	73
02/2018 04		MS 2.914/13 REALIZ. 76	76	73
01/2018 04	TURBIDEZ	76	76	68
12/2017 02	COR APARENTE	76	76	66
11/2017 04	CLORO RESIDUAL	76	76	76
10/2017 04	COLIF. TOTAIS	76	76	76
09/2017 04	COLIF. TOTAIS	76	76	76
MEIA: 04				

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
RESIDENCIAL 3 UNIDADE(S)
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

4 M3 40,18

TRETOUS	BASE DE CÁLCULO	TAXA DE USO	VALOR DO VALOR
MS	40,18	1,05	0,06
CONSUMO	40,18	7,60	3,05

VENCIMENTO: 20/05/2018

TOTAL A PAGAR: 40,18

MENSAGEM:

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

QUINA: sorteios da segunda-feira a sábado, às

130-872579490-4

10/05/2018

10/05/2018

LOT. 15.00023-1

10/05/2018

LOCALIDADE: OLINDA
AG. VINCULADA: 4738

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPESA CIA SAN PERNAMBUCO

VALOR DO PAGAMENTO: 40,18

828000000001 401800187346
068440929017 047018708331

130-872579490-4

18 VIA





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ANDESS DE SOUZA BEZERRARG nº 5.479.954, data de expedição 21/05/2014 Órgão SJS

CPF nº 098.298.454-51, 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)	RUA DO MARCO
Número	52
Apto / Complemento	
Bairro	AGUAZINHA
Cidade	OLINDA
Estado	PERNAMBUCO
CEP	53.270-250
Telefone de Contato	988656824
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: OLINDA 28/05/2018Assinatura do Declarante: Andress de Souza Bezerra



Nota Fiscal nº 142085 - BOMBA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50005-002
 CNPJ 10.835.852/0001-00 | Ins. Est. 0000049-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSÉFA HELENA LEAL ALVES
 MEADISA 504

CPF: 038.041.334-15

CLASSIFICAÇÃO

51 - PRECATORIAL
 PRECATORIAL
 Municipal

INSCRIÇÃO FISCAL: 00000000000000000000

DATA DE EMISSÃO: 08/05/2018

VALOR DO PAGAMENTO: 41,82

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50005-002

CEP: 50005-002

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Cidade: Recife

UF: PE

País: Brasil

Estado: PE

Município: Recife

Bairro: Boa Vista

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

MINA: sorteios de segunda-feira a sábado, às

124-604475267-8

04/Mai/2018

HORA DE: 17:20:56

01. 15.88353-0

LOCALIDADE: RECIFE

RG, VINCULADA: 1033

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
 GOLPE COMPANHIA ENERGÉTICA/PE

VALOR DO PAGAMENTO: 41,62

8385000000008 416200110049
 000693000108 141515452037

124-604475267-8

2 VIA

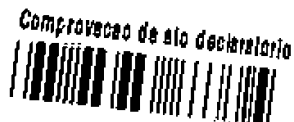
Loterias CAIXA





SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO



Certidão nº 2016APH002062 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). ANA CLAUDIA CLAUDINA DO NASCIMENTO, 43 anos, BRASILEIRA(a), CASADO(a), RG nº 4372187 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 835.474.104-44, residente à AV VAŠCO RODRIGUES, nº 241, APT 603 CL C, PEIXINHOS, OLINDA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 14/09/2016, por volta das 06:16 hs, no endereço: AVENIDA PRESIDENTE KENNEDY, S/N, PEIXINHOS OLINDA-PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) NÃO IDENTIFICADA, POIS ESTAVA INCONSCIENTE E NÃO PORTAVA DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO, inscrito sob o CPF nº NÃO IDENTIFICADO e Registro Geral nº NÃO IDENTIFICADO, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) SGT 940137-7 CARLOS. Foi transportado(a) para o HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. Registrado(a) com o prontuário nº 699809. Ficou aos cuidados do médico FILIPE, registro NÃO IDENTIFICADO. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - Loja 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 3222-0126
AUTENTICAÇÃO
Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, do que dou fé.
Recife, 3 de novembro de 2017. Em test. _____ de
verdade.
Marta de Lucena da Silva Lima (Delegatária)
Emol.: R\$ 3,32 Taxa: R\$ 0,66 Total: R\$ 3,98
Válida somente com o selo 0075101.1R310201701.04161
Consulte autenticidade em: www.jos-pa-brasil.org.br



Posição em 21/10/2016

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2016APH002062

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
Registro Civil da Graça e Distrito Judiciário da Capital
Certidão de Óbito

NOME:

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

MATRÍCULA:

MATRICOLA:
074997 01 55 2016 4 00227 147 0112127 58

SEXO Feminino	COR Preta	ESTADO CIVIL E IDADE Viúva, 63 anos
------------------	--------------	--

NATURALIDADE Recife, Pernambuco	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 870.723.644-04, RG 3955634 SSP/PE	ELEITOR Sim
------------------------------------	--	----------------

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filha de Carmelita Claudino de Souza. Residência da falecida: na Rua do Marco nº 52, Aguazinha, Olinda, Pernambuco

DATA E HORA DE FALECIMENTO	DIA	MES	ANO
Quatorze de setembro de dois mil e dezesseis, às	14	09	2016

LOCAL DE FALLECIMENTO
Hospital da Restauração Recife - PE

CAUSA DA MORTE

Choque decorrente de trauma abdominal produzido por instrumento, contundente, .

SEPULTAMENTO / CRIAÇÃO Cemitério de Águas Compridas, Olinda-PE	DECLARANTE José Ronaldo Galvão Silva, nacionalidade brasileira, RG Nº 1.933.105 SSP-PE, CPF/MF Nº 363.796.114-87, profissão Motorista, estado civil: divorciado, residente rua Galvôia, 110, Dois Unidos, Recife-PE, preposto da falecida
---	---

NOME E Nº DE DOCUMENTO DOS MÉDICOS QUE ATESTOU(AM) O ÓBITO
Luciana Q. de G. Borges, CRM 11106

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro C-227, às folhas 147 sob o nº 112127. Data do registro: 15 de setembro de 2016. Data do óbito: 14 de setembro de 2016. Profissão da falecida: Empregada Doméstica. Data de nascimento da falecida: 7 de setembro de 1953. Era solteira. Viúva. A falecida era casada com João Gomes Bezerra, não deixou bens e deixou três filhos: Andress de Souza Bezerra, Carlos André de Souza Bezerra e Carlos Adriano de Souza Bezerra. Não constam averbações à margem do livro.

Nome do Ofício
Registro Civil da Graça 6º Distrito Judiciário da Capital
Oficial Registrador
Cleide Amélia Gouveia Vanderlei
Bel. Marcus Antonio de Azevedo Beltrão Junior-1º
substituto
Bel.ª Rafaela Raquel Gouveia Vanderlei-2ª substituta

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Recife, 15 de setembro de 2016.

Município/UF
Recife-PE

Endereço
Av. João de Barros, 1664 Lojas 01/02, Espinhoeiro

Selo: 0074997.BPZ06201602.07118
Consulta autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - loja 3 - Boa Vista - CEP. 50060-130 - Fone: (011) 3222-0185

AUTENTICAZIONE

Autenticidade é verificada através de seguinte processo: conforme o original é apresentado, do qual dou fé. 1
 Recife, 3 de novembro de 2017. Eu test. 1 de
 verdade. RENNAN

MARIA DE LUCAS G. BASTA (Deleatária)

Empl.: R\$ 3,32 ~~Salário~~ R\$ 0,66 Total: R\$ 3,98
Válido somente com o selo 0075101.CY010201701.04162

Consulte autenticidade em www.livrariaebooks.com.br





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0334001277

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu
no dia 14/9/2016 às 06:30

Passo 2(a) envolvido(a) na ocorrência:

AINVESTIGAS (ANTOP VAGENTE)
ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (NOTICIANTE)
NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (VITIMA)

Gbletofs) envotvidots) na ocon&ncle-

VEÍCULO (baseado na geração de computadores), que esteve em posse dos 2 (dois) & INVESTIGAR

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

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Ms
 NEIDE MARIA DE SOUZA Psa. JOÃO GOMES BEZERRA Unib de Nascimento: 31/01/1971
 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
 Endereço Residencial: RUA DO MARCO, 52, AGUAZINHA - CEP: 55066-000 - Bairro:
 SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL. ANTIGO CLUBE PERQUITÃO

A INVESTIGAR (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (não presente ao plantão) - UIC: 450147 Sexo: Feminino Mês: CARMELITA CLAUDIRA DE SOUZA Data do Nascimento: 7/8/1988 Nacionalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Sexo: COLO: VIUVO(A) Escolaridade: 11. GRAU INCOMPLETO Pós-graduação: AUTONOMO(A)
Exame médico: (solicitado por este unidade operacional); IMPL PARA EXAME CADAVÉRICO Endereço Residência: RUA DO MARCO, 62, AQUAZINHA - CEP: 55000-000 - Bairro: SAPUCAIA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL. ANTIGO CLUBE PERUIQUITÃO

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua do Condeço, 200 - bloco 3 - Boa Vista - CEP. 50060-130 - Fone: (81) 3222-0706

AUTENTICACAO

Autentico a presente copia xerografica conforme a original a mim apresentada, da qua dou fé. -
Recife, 3 de novembro de 2017. Em test. _____ de
verdade.

verdade.

[Assinatura]
MARCELO G. BASTOS (Delegatário)

Exp.: R\$ 3.32 ~~Isolado: R\$ 0.66~~ Total: R\$ 3.98

Válido somente com o selo 00/3101.50010201701.04163

Consulte a www.108.br.br



11/25/2017 12:22:41



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(s): **A INVESTIGAR**, que esteve em posse do(a) Sr(s): **A INVESTIGAR**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/MONACO 160** Origem: apresentação: **NB**
 Cor: **PRETA** - Observação: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIH6863** (PERNAMBUCÃO INFORMADO) Renovar: **563844886** Cópia:
803K01479DR621078
 Ano Fabricação/Modelo: **2013NÃO INFORMADO**
 Categoria: **FAN ESI**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE É FILHO DA VITIMA E INFORMA QUE A MESMA VINHA TRANSITANDO NA PERIMETRAL COM A PRESIDENTE KENNEDY, OLINDA DE, APROXIMADAMENTE AS 06H:30 MIN DO DIA DE HOJE, QUANDO FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA, CUJO CONDUTOR É DESCONHECIDO E A PLACA AMOTADA POR POPULARES É KIH6863; QUE A MESMA FOI SOCORRIDA POR BOMBEIROS MILITARES, SERGENTO CARLOS, MATRICULA 940137-7, PARA ESTE HOSPEDAL ONDE VEIO A ÓBITO AS 07H:10MIN DO MESMO DIA, CONFORME GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER, PRONTUARIO 1558273, ASSINADA PELO DR. SÉRGIO DE OLIVEIRA CRM 6744 QUE INFORMA: "INFORMAÇÃO DOS BOMBEIROS DE ATROPELAMENTO, A VITIMA DEU ENTRADA COM NOME IGNORADO E RETIFICADO NA GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER PELO DR. JOÃO PAULINO ALBUQUERQUE JUNIOR, CRM 4191, DE ACORDO COM A CERTIDÃO DE CASAMENTO MATRICULA: 874562 01 55 1983 2 09022 858 8815788 ES, DO 1º DISTRITO JUDICIÁRIO, CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS DO RECIFEPE, DATADO DE 13/04/1983, O NOME DA VITIMA PASSOU A SER NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA, NIC 650247.

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

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **DJAIRA BARBOSA DE MELO** - Matrícula: **1455172**

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
 Rua da Conceição, 200 - loja 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (51) 3222

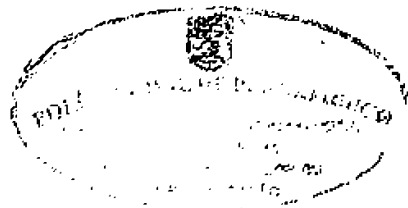
AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original a mim apresentada, da que dou fé, Recife, 3 de novembro de 2017. Em test, da verdade.

Maria de Lúcia S. G. Ferreira (Delegatária)

Emol.: R\$ 3,32 (Tela: R\$ 0,66, Total: R\$ 3,98)
 Utilizado somente com o selo 0075101-1-010201701-04164

Consulte autenticidade em: www.ipe.gov.br/autenticidade



2017-11-03 15:18 432901 1/1





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

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, CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 6.506.266 EXPEDIDO POR SUS EM 17/09/2012 E

CPF 075630024-08 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 Lotéricas 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 SISPDPVAT 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) 0947 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.75059-7

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.

OLINDA de JUNHO de 2012

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.





AUTO-ATENDIMENTO - AG Conde da Boa Vista
DATA: 02/01/2018 HORA: 17:34:37
TERMINAL: 10301032 CONTROLE: 103010320558

AGÊNCIA: 0917 - MARCOS FREIRE
CONTA: 013.00075059-7
CLIENTE: CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA	VALOR
01/01	0,00

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
01/01	2,53

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR.000	HISTÓRICO	VALOR
------	--------	-----------	-------

SALDO ANTERIOR			2,520
----------------	--	--	-------

Janeiro

01/01	000000	REN BASICA	0,000
01/01	000000	CRED JUROS	0,010

RESUMO EM 29/12

SALDO	2,530
-------	-------

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	2,530
SALDO TOTAL	2,530

Informações, reclamações, sugestões e elogios

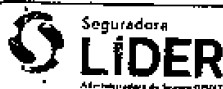
SAC CAIXA: 0800-725 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

CONHEÇA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE
CAIXA.GOV.BR/VOCE





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

Autorização de pagamento



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados pessoais, 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.

Jário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

PORTADOR(A) DO RG Nº 4.856.147

EXPEDIDO POR SOS

EM 21/09/2020

CPF (890093604-01) / CNPJ 00000000-0000-00

PROFISSÃO

E RENDA MENSAL DE R\$

(*)

NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA

AUTORIZO A SEGURADORA LIDER 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 aparecerem 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 Lotéricas 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 SISPDPVAT 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) 0943 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 043.00053953 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.

OLINDA 21 de JUNHO de 2018

LOCAL E DATA

Carlos André de Souza Bezerra

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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.





----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0030210 TODO DIA PEIXINHOS 26/09/2017
CAIXA
16:20:58 (Horário de Brasília)
*****8236

Saldo M. 93020001-3212

AGENCIA : 0917 - MARCOS FREIRE, PE
CONTA : 013 00053953 5
CLIENTE : CARLOS ANDRE DE SOUZA REZ

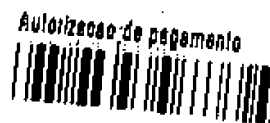
SALDO ATE A DATA M:	26/09/2017
DISPONIVEL.....	14.999.67
BLOQUEADO.....	0.00
TOTAL.....	14.999.67

Informações importantes

www.banco24horas.com.br
Impressão em papel termoss. - 1 com
vida útil de 5 anos. Evite co - 1 com
plásticos, produtos químicos, - 1 com
ao calor, umidade, luz do - 1 com



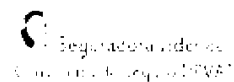
Andress



0000 727 9931



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124734/19

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

CPF: 670.723.644-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/09/2016

Titular do CPF: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA : 075.610.024-08

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

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA : 896.093.604-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA : 098.298.454-51

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

ATENÇÃO

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

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

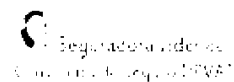
Documentação recebida sem conferência.

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

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA
CPF: 896.093.604-91

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0124734/19

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA

CPF: 670.723.644-04

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: NEIDE MARIA DE SOUZA
BEZERRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA : 075.610.024-08

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

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA : 896.093.604-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANDRESS DE SOUZA BEZERRA : 098.298.454-51

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

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 11/04/2019
Nome: CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA
CPF: 896.093.604-91

CARLOS ANDRE DE SOUZA BEZERRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA
Data do Acidente: 14/03/19 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 670723644-04

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidadez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAVS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)

Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(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 Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a) e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima – quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): CARLOS ANDRÉ DE SOUZA BEZERRA
Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 896093604-94
E-mail: BIOLOGA.ACCO@hotmail.com Tel.: (81) 988463361
Data: 28/03/2019 Assinatura: Carlos André de Souza Bezerra

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC OLINDA
Atendente: Luiz Pereira Matrícula: 8.505.008-2
Data: 28/03/19 Assinatura: Luiz Pereira da Silva
Atividade Comercial: Atividade Comercial



Atraso na data do último documento

Justificativa – Nº ASI ou Processo

3480302474

- () Aguardando status e/ou Erro sistêmico
- (X) Solicitação 07
- () Solicitação 06
- () Caixa Redistribuição
- () Atraso por consulta ao site da Receita Federal
- () Outros

Data do recebimento (Relógio datador ou e-mail)	Data da ação (no SISDPVAT)
29/03/2019	

Rebdi de processo em 08/04/2019

Nome: Antônio Cláudio



Laudo do IML - Necropsia



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLICIA CIENTIFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TANATOSCÓPICA Nº 27216 / 2016

REQUISITADO POR: POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - 4ª CIRC. - DEL.
DO ESPINHEIRO
BIC nº 069847 / 2016 Data 14 / 9 / 2016
ENCAMINHAR PARA: POSTO POLICIAL DO HOSPITAL DA RESTAURACAO - 4ª CIRC. - DEL.
DO ESPINHEIRO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 17:16 horas do dia 14 de Setembro de 2016 na seção de Exames Tanatoscópicos, procedeu a necropsia de NEIDE MARIA DE SOUZA BEZERRA (filha) de NÃO DECLARADO o do CARMELITA CLAUDINA DE SOUZA, de cor NÃO INFORMADO, sexo Feminino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil NÃO INFORMADO, apresentando a idade de 58 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASILEIRA, documento apresentado RG: 3965634, profissão NÃO INFORMADO, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

O corpo chegou à seção de tanatoscopia deste IML às 16:00 horas do dia 14/09/16, acompanhado da guia de remoção hospitalar assinada por Dr Sérgio de Oliveira que diz: "Informação dos bombeiros do arrombamento", acompanhando também NIC 069847, e NIC que diz: "intoxicação"

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

DESCRIÇÃO: EXAME EXTERNO: Cadáver do sexo feminino em moderado estado de conservação, midríase pupilar, reatamento cutâneo, manchas de hipóstases em dorso, rigidez cadavérica presente e ausência de sinais vitais. Apresenta ainda, edema traumático, equimoses violáceas, escoriações em arrasto presentes na região frontal, nasal, e escapular direitos. Ferimento de bordas irregulares presente em lábio superior. **EXAME INTERNO: CABEÇA:** Realizada incisão bimatoidélica com abainhação do osso cabeduto evidenciando calota craniana íntegra. Após craniotomia com retirada da abóboda craniana evidenciamos cérebro com edema e congestão cerebral. Ossos da base do crânio íntegros. **TRONCO:** Realizada incisão bimatoidélica com retirada do plástico condrocostal evidenciamos pulmões amarelados e congestos. Coração de volume dentro da normalidade para a idade. Presença de volumoso hemoperitônio em cavidade abdominal, decorrente de laceração esplênica e hepática. Demais órgãos anatomicamente dispostos e desprovidos de lesões de interesse médico-legal. Realizado estudo fotográfico do cadáver. Colhido material de viscerais para realizar estudo toxicológico e encaminhado ao laboratório deste IML.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Conclui-se que a causa jurídica da morte foi indeterminada.

QUESITOS:

1º) Qual a causa da morte?

CHOQUE DECORRENTE DE TRAUMA ABDOMINAL.

2º) Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?

Instrumento contundente.

4º RCPN - Boa Vista - Recife - Pernambuco
Rua da Conceição, 200 - apt 3 - Boa Vista - CEP: 50060-130 - Fone: (81) 3212-1111

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica conforme a original e a apresentada. Em que dou fé.
Recife, 29 de maio de 2018. Eu, legista,
MARCIA DE LIMA G. SILVA (Delegatária)
CPF: 031.151.151-151 - TST: 031.151.151-151
Visto solene com o selo 0075101.0005261801.04261



Página 1 de 5

Consulte eletronicamente em: www.legis.br/legisnet





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

3º) Foi ocasionada pelo emprego de veneno, fogo, explosão, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel ou de que possa resultar perigo comum?
Não.

Uma e achado com o(a) médico(s) legista que assine Dr(a). LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES - CRM 11106.

Perto responsável

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
LUCIANA MARIA QUEIROZ DE OLIVEIRA BORGES
DE ASSINATURA
08/03/2020
TEL. 3222.1824

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
ANTÔNIO PERSIVO CUNHA
PERNAMBUCO



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAXA DE R\$ 4,00

EC-3

Não Alfabetizado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME 6.506.266 DATA DE EMISSÃO 17/09/2012

<< CARLOS ADRIANO DE SOUZA BEZERRA >>

FILIAÇÃO

<< JOÃO GOMES BEZERRA >>

<< NEIDE MARIA DE SOUZA >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 07/11/1980

DOC. ORGEM

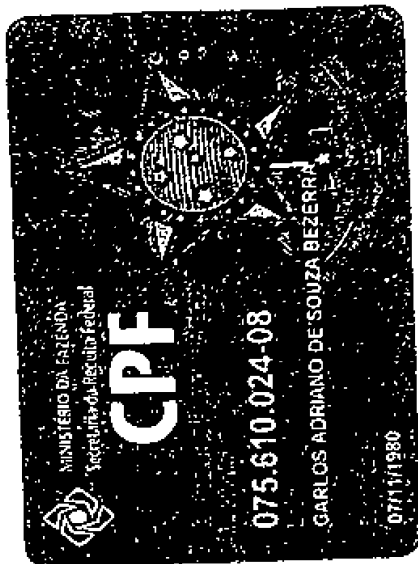
<< CN 20262 L25A F27 CART OLINDA PE

05 08 2008 >>

ASSINATURA DO ADERENTE

LEI Nº 7.118 DE 20/05/03





Documentos de identificação

