



27/08/2020

Número: **0030298-40.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 7ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/07/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
CARMEM CYBELE BARBOSA DA SILVA (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67081039	27/08/2020 15:58	ANEXO 1	Outros (Documento)



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, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200773

Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARMEM CYBELE BARBOSA DA SILVA

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. 00241/00242 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15832561





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, 05 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200773

Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA

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.

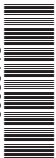
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00885/00886 - carta_01 - MORTE

00030443



Carta nº 15832562





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, 09 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200773

Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CARMEM CYBELE BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o veículo causador do dano pessoal está excluído da cobertura pelo Seguro DPVAT, por não estar obrigado a registro e licenciamento, nos termos do Código de Trânsito Brasileiro, razão pela qual o seu pedido de indenização foi negado, conforme art. 40 da Resolução CNSP 332/15 e art. 12 da Lei 6.194/74.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00049/00050 - carta_10 - MORTE

00030025





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, 09 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200200773

Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 03/07/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o veículo causador do dano pessoal está excluído da cobertura pelo Seguro DPVAT, por não estar obrigado a registro e licenciamento, nos termos do Código de Trânsito Brasileiro, razão pela qual o seu pedido de indenização foi negado, conforme art. 40 da Resolução CNSP 332/15 e art. 12 da Lei 6.194/74.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01269/01270 - carta_10 - MORTE

00030635





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

5 - Nome completo: Maria José Bambosa da Silva 6 - CPF: 360.063.504-10 7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Manoel José Lima de Almeida 9 - Número: 85 10 - Complemento: casa 11 - Bairro: Olinda de Lemos 12 - Cidade: Lins 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.700.000 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 081.798812622

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 / Falecidos: 30 - Vítima deixou nascer? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 03 Falecidos: 33 - 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.

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Lins (PE) 20-04-2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Maria José Bambosa da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

300.063.504-10

Adenilson José da Silva

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

5 - Nome completo:

Carmem Cybele Barbosa da Silva

6 - CPF:

062.679.464-10

7 - Profissão:

Ido lar

8 - Endereço:

Rua Rioneiros, Quadra 163 Casa 03

9 - Número:

10 - Complemento:

Cole 29

11 - Bairro:

Jardim Atlântico

12 - Cidade:

Marica

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

24.934-305

15 - E-mail:

cybele628@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

(21) 97001-7019

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2280

2

CONTA: 51691

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☒ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

03.07.2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Pai

☐ Mãe

☐ Filho

☐ Cônjuge

☐ Outros

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

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 / Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vários)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 03 Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer 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.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Marica, 15 de maio de 2020

x Carmem Cybele B. da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner



CARTÓRIO 2º OFÍCIO - ELAINE DE AGUIAR MOURA SANTOIANHI - Tabelão
 Rua da Moura, nº 11 - Bairro Centro - Limoeiro - PE - CEP: 55.000-000 - Telefone: (81) 3628.0099
 e-mail: cartorio2@tribunalpe.com.br, elaine@tribunalpe.com.br



Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel a original, dou fé. *Elaine*
ELAINE DE AGUIAR MOURA
SANTOIANHI (TITULAR) LIMOEIRO PE 26/12/2019 11:56
 Emol: R\$ 2,90 TSNR: R\$ 0,68 FERC: R\$ 0,34 ISS: R\$ 0,17
 FERM: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,07 Op.: 3 Solo: 0073981.
 AQY12201901.00310 Consulte autenticada em: <http://tjpe.jus.br/selodigital>
 Consulte autenticada do ass em: <http://www.tjpe.jus.br/selodigital>



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ªCIRC
 DINTER1/16ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0215000535

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/12/2019 às 11:59**

Complementa o BO Número:
19E0215000296 -

Número do Aviso de Atendimento:
M10591468

OUTRAS MORTES ACIDENTAIS (EXCETO HOMICÍDIO CULPOSO) - Culposos (Consumados) que
 aconteceu no dia 3/7/2019 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 11, SÍTIO LARANJEIRAS - Bairro:
 LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
 JOSÉ CORREIA DE AZEVEDO (OUTRO)
 JOSE ROGERIO SILVA (TESTEMUNHA)
 SEVERINO CELESTINO ROSENO DE LIMA (TESTEMUNHA)
 ADENILTON JOSE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
 VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ADENILTON JOSE DA SILVA

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

ADENILTON JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - NIC: 099294 Sexo: Masculino
 Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Pai: JOSE ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 21/12/1960 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 1969687/SDS/PE (RG), 30006350410 (CPF) Profissão: MOTORISTA
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE LIMOEIRO, 1, NAO INFORMADA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE ROGERIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Mãe: JOSEFA MARIA CUNHA SILVA Pai: FRANCISCO PORFIRIO DA SILVA Data de Nascimento: 11/2/1978
 Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL
 Documentos: 2275424/SSP/PE (RG), 69875405434 (CPF) Profissão: VEREADOR(A)
 Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, FAZENDA LARANJEIRA SECA - CEP: 0 - Bairro: LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO CELESTINO ROSENO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
 Mãe: MARIA FATIMA DE LIMA Pai: CELESTINO ROSENO DE LIMA Data de Nascimento: 6/2/1961 Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL
 Documentos: 2074349/SSP/PE (RG) Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL

Digitalizado com CamScanner



Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 1, SÍTIO LARANJEIRAS - CEP: 0 - Bairro: LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL.

JOSÉ CORREIA DE AZEVEDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL.

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 230, AVENIDA GERONIMO HERACLIO PE-090 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL.

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

TRATOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSÉ CORREIA DE AZEVEDO, que estava em posse do(a) Sr(a):
ADENILTON JOSE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: TRATOR DE ESTEIRAS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não Número
de Série: SÉRIE 15-C-B-5802
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: MARCA KOMATSU, ANO 1990 D-50-A SÉRIE 15-C-B-5802

Complemento / Observação

A GUARNIÇÃO DA PMPE COMPOSTA PELO SGT GIVANILDO E SD ANTONIO, FOI INFORMADA PELO SR SEVERINO CELESTINO, QUE UMA ARVORE DE PORTE GRANDE HAVIA CAIDO EM CIMA DO CONDUTOR DO TRATOR QUE LIMPAVA UM TERRENO DA PREFEITURA NO SÍTIO LARANJEIRAS. APOS A GUARNIÇÃO CONSTATAR O FATO, INFORMOU A POLICIA CIVIL, ONDE COMPARECEMOS AO LOCAL E CONSTATAMOS QUE UMA ARVORE DO TIPO MULUNGU CAIU POR CIMA DO VEICULO TRATOR, CEIFANDO A VIDA DA VITIMA QUE ESTAVA CONDUZINDO O CITADO VEICULO FAZENDO SERVIÇO DE PLANEAMENTO DO TERRENO. COM O APOIO DA PREFEITURA DE MACHADOS, UTILIZANDO DOIS TRATORES, FOI POSSIVEL AFASTAR A ARVORE E RETIRAR O CORPO DO LOCAL. APOS PROCEDIMENTOS CABÍVEIS O CORPO FOI ENCAMINHADO PARA O IML.

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

ADENILTON JOSE DA SILVA
(VITIMA)

Condutor da ocorrência:

Nome: GIVANILDO CESAR CORREIA

Cargo: SARGENTO - Função: NÃO INFORMADO - Matrícula: 01034731 - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: 6ª. CIPM - 6ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR - LIMOEIRO

B.O. registrado por: AUGUSTO FERNANDES CORDEIRO DE ANDRADE - Matrícula: 3873064



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 15:58:51



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0215000296**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/07/2019** às **18:13**

Número do Aviso de Atendimento: **M10591468**

OUTRAS MORTES ACIDENTAIS (EXCETO HOMICÍDIO CULPOSO) - Culposos (Construção)
aconteceu no dia **3/7/2019** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE MACHADOS, 11, SITIO LARANJEIRAS - Bairro:**
LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSE ROGERIO SILVA (TESTEMUNHA)
SEVERINO CELESTINO ROSENO DE LIMA (TESTEMUNHA)
ADENILTON JOSE DA SILVA (VITIMA)

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

ADENILTON JOSE DA SILVA (presente ao plantão) - NIC: 099294 Sexo: Masculino Mãe: MARIA JOSE DA SILVA Pai: JOSE ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 21/12/1960 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1969887/SSP/PE (RG), 30006350410 (CPF) Profissão: MOTORISTA Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO, 1, NAO INFORMADA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL Endereço Comercial: MUNICIPIO DE LIMOEIRO; - CEP: - Bairro: - LIMOEIRO/PERNAMBUCO/BRASIL

JOSE ROGERIO SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MARIA GONCALVES SILVA Pai: FRANCISCO PORFIRIO DA SILVA Data de Nascimento: 11/2/1978 Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2275424/SSP/PE (RG), 69876405434 (CPF) Profissão: VEREADOR(a) Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 1, FAZENDA LARANJEIRA SECA - CEP: 0 - Bairro: LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

SEVERINO CELESTINO ROSENO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA FATIMA DE LIMA Pai: CELESTINO ROSENO DE LIMA Data de Nascimento: 6/2/1961 Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2074349/SSP/PE (RG) Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPIO DE MACHADOS Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 1, SITIO LARANJEIRAS - CEP: 0 - Bairro: LARANJEIRAS - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Complemento / Observação

A GUARNIÇÃO DA PMPE COMPOSTA PELO SGT GIVANILDO E SD ANTONIO, FOI INFORMADA PELO SR SEVERINO CELESTINO, QUE UMA ARVORE DE PORTE GRANDE HAVIA CAIDO EM CIMA DO CONDUTOR DO TRATOR QUE LIMPAVA UM TERRENO DA PREFEITURA NO SITIO LARANJEIRAS. APÓS A GUARNIÇÃO

Digitalizado com CamScanner



ência

file:///C:/Users/POLICIA CIVIL/Informatica/Polícia Civil

CONSTATAR O FATO, INFORMOU A POLICIA CIVIL, ONDE COMPARECEMOS AO LOCAL E CONSTATAMOS QUE UMA ARVORE DO TIPO MULUNGU CAIU POR CIMA DO VEICULO TRATOR, CEIFANDO A VIDA DE UM INDIVIDUO QUE ESTAVA CONDUZINDO O CITADO VEICULO FAZENDO SERVIÇO DE PLANEAMENTO DO TERRENO. COM O APOIO DA PREFEITURA DE MACHADOS, UTILIZANDO DOIS TRATORES, FOI POSSIVEL EFETUAR A REMOÇÃO E RETIRAR O CORPO DO LOCAL. APOS PROCEDIMENTOS CABIVEIS O CORPO FOI ENCAMINHADO PARA O IML.

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

ADENILTON JOSE DA SILVA
(VITIMA)

Condutor da ocorrência:

Nome: **GIVANILDO CESAR CORREIA**

Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **01034731** - Prefixo da Viatura: - Unidade

Operacional: **6ª. CIPM - 6ª COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR - LIMOEIRO**

Edward Nascimento Jubert
L.O. registrado por: **EDWARD NASCIMENTO JUBERT** - Matrícula: **3873684**

Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE CASAMENTO
RELIGIOSO COM EFEITO CIVIL

NOMES

ADENILTON JOSÉ DA SILVA

CPF
300.063.504-10

MARIA JOSÉ BARBOSA NUNES

CPF
360.610.504-53

MATRÍCULA:

074138 01 55 1981 3 00003 032 0000961 91

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES

ADENILTON JOSÉ DA SILVA, CPF/MF nº 300.063.504-10, nacionalidade brasileira, natural de Limoeiro-PE, nascido no dia 21 de dezembro de 1960, filho de JOSÉ ANTONIO DA SILVA (FALECIDO) e MARIA JOSÉ DA SILVA

MARIA JOSÉ BARBOSA NUNES, CPF/MF nº 360.610.504-53, nacionalidade brasileira, natural de Limoeiro-PE, nascido no dia 05 de maio de 1963, filho de AMADEU AUGUSTO NUNES e MARIA ALZIRA BARBOSA

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO POR EXTENSO

Vinte e dois de junho de mil novecentos e oitenta e um.

DIA
22

MÊS
06

ANO
1981

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS, conforme Escritura feita no cartório do 2º Ofício desta cidade no livro 161, fls.104/105.

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

MARIA JOSÉ BARBOSA DA SILVA

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

Ato registrado no livro B AUX-3, às folhas 32, sob o nº 961. Data do registro: 22 de junho de 1981. Data de celebração do Casamento Religioso com efeito civil: 13 de junho de 1981.

Anotação de óbito: ADENILTON JOSÉ DA SILVA faleceu a 03/07/2019. O óbito foi registrado nessa serventia, no Livro C-21, fls. 224, sob o nº 20996 em 05/07/2019. Limoeiro, 05 de julho de 2019 - o Oficial.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício

Registro Civil de Limoeiro

Oficial Registrador

Josefa de Sousa Arruda

Substituta

Maria do Amparo Oliveira de Andrade

Município/UF

Limoeiro

Endereço

Avênida Severino Pinheiro, 378

E-mail: cartoriolimoeiro@hotmail.com

CNPJ: 11.519.352/0001-74

Selo: 0074138.FUD11201901.00450

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

(válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização)



Emolumentos: R\$ 33,70 TSNR: R\$ 7,93 ISS: R\$1,98

FERT: R\$ 3,96 FERM: R\$ 0,40 FUNSEG: R\$ 0,79 Total: R\$ 48,78

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Limoeiro/PE, 08 de janeiro de 2020.

Oficial do Registro Civil

arpenpe AA 000390140 P

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

ADENILTON JOSÉ DA SILVA

CTF
300.063.504-10

MATRÍCULA:

074138 01 55 2019 4 00021 224 0020996 01

SEXO Masculino	COR Parda	ESTADO CIVIL E IDADE Casado, 58 anos
--------------------------	---------------------	--

NATURALIDADE
Limoeiro-PE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CPF nº 300.063.504-10, RG nº 1969687
SEDS/SDS/PE emitido em 03/07/2018

ELEITOR
Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de José Antonio da Silva e de Maria José da Silva, (falecidos). Residência do falecido: Rua Almotacel Luis Domingos Carneiro, nº 85, Loteamento Stº Antonio, Limoeiro-PE.

DATA E HORA DO FALLECIMENTO

Três de julho de dois mil e dezenove, hora ignorada.

DIA

03

MÊS

07

ANO

2019

LOCAL DO FALLECIMENTO

Em Sítio Laranjeiras Machados-PE

CAUSA DA MORTE

Politraumatismo por instrumento contundente

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério São João Batista - Limoeiro-PE

DECLARANTE

Carmem Cybelle Barbosa da Silva, nacionalidade Brasileira, RG nº 30.467.042-05 Detran-RJ, profissão do lar, estado civil solteira, residente à em Rio de Janeiro-RJ, filha do falecido

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

Dr Marcos Alexandre Justino do Nascimento, CRM 9559

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES A ACRESCER

Vide verso.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

CPF nº 300.063.504-10, RG nº 1969687 SEDS/SDS/PE emitido em 03/07/2018

* As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

Nome do Ofício

Registro Civil de Limoeiro

Oficial Registrador

Josefa de Sousa Arruda

Substituta

Maria do Amparo Oliveira de Andrade

Município/UF

Limoeiro

Endereço

Avenida Severino Pinheiro, 378

E-mail: cartoriolimoeiro@hotmail.com

CNPJ: 11.519.352/0001-74

ATO GRATUITO

Selo: 0074138.CPD04201901.00344

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

(válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização)



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Limoeiro/PE, 05 de julho de 2019.

Oficial do Registro Civil

AUTENTICAÇÃO NO VERSO

Cartório 3º ofício de Limoeiro PE

Maria das Graças da Paz Pessoa de Moura

Tabelião Delegatária

Cartório do 3º Ofício

Limoeiro - PE

AA 000061393 P

arpenpe

Digitalizado com CamScanner

Pedido de serviço para via para pagamento

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE
MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA

DATA DE VENCIMENTO
22/04/2020

DATA EMISSÃO DA NOTA
FISCAL
14/04/2020

CONTA CONTRATO
2051059010

ENDEREÇO
RUA ALMOTACEL JOSE LINS ALVES
CARMELO 85 -OTACIO
LEMO/LIMOEIRO -55700-000
LIMOEIRO PE -

TOTAL A PAGAR
R\$ 4,81

DATA DA APRESENTAÇÃO
14/04/2020
NÚMERO DA NOTA FISCAL
104150739

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
Monofásico
B1

PERÍODO CONSUMO
12/03/2020 a 14/04/2020

CONSUMO
0

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui

CONTA CONTRATO
2051059010

MÊS/ANO
04/2020

TOTAL A PAGAR
R\$ 4,81

VENCIMENTO
22/04/2020

TALÃO DE PAGAMENTO
Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitura ótica.

838500000008 048100110023 051059010104 147175168230



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Confirmação: 081-996686080
081-994828698

Digitalizado com CamScanner





Dados do Cliente
Ampla Energia e Serviços S.A. - Praça Leoni Ramos 1
Niterói/RJ - CEP: 24050-071 Insc. Est. 80046561

Nº DA INSTALAÇÃO: 7992473-5
Nº DO CLIENTE: 7992473-5
FELIPE GOULART DASILVA
RUA 49-00000-1129-163 casa 02 JDM ATLAN - ITAIPUACU - MARICA
RT: 09-14071-05-014663

Dados da Conta
Grupo: Subgrupo
Classe: B B1
Subclasse: 01-RESIDENCIAL
01-RESIDENCIAL NORMAL
Tipo de Fornecimento
Modalidade tarifária: BIFASICA

Dados da Conta
VENCIMENTO: 26/05/2020
TOTAL A PAGAR (R\$): 386,36
CONTA REFERENTE A

Use este código para cadastro em Débito Automático: 7992473-5

Dados de Medição CONVENCIONAL
Nº do medidor
Leitura anterior
Leitura atual: 730 13/04/2020
Próxima leitura: 1060 13/05/2020
Fator multiplicador: 12/06/2020
Consumo do mês (kWh): 1.00
Número de dias: 330

Histórico de Consumo

Mês/Ano	kWh	Dias
mai20	330	
abr20	305	
mar20	264	
fev20	161	
MEDIA	243	

Reservado ao Fisco

Data de emissão	Nº Nota fiscal	Série	Base de cálculo	Aliquota	ICMS
19/05/2020	14145616	B1	358,16	31%	111,02

PIS: BASE CALC: 358,16 ALIQ: 1,07% VALOR: 3,83
CONTIN: BASE CALC: 358,16 ALIQ: 4,94% VALOR: 17,69

Descrição da Faturamento Bandeira Anterior: VERDE Bandeira Atual: VERDE

ITEM	QTD.	Kwh	TARIFA	VALOR
Valor do Consumo do Mes	330	kWh	1.08536	358,16
Contr. Ilum. Pub. para a Prefeitura-COSIP				28,20





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

300.063.504-10

Adenilson José da Silva

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

5 - Nome completo:

Carmem Cybele Barbosa da Silva

6 - CPF:

062.649.464-10

7 - Profissão:

Idoso

8 - Endereço:

Rua Rioneiros Guabira 163 Casa 03

9 - Número:

10 - Complemento:

Casa 03

11 - Bairro:

Jardim Atlântico

12 - Cidade:

Maricá

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

24.934-305

15 - E-mail:

cybele628@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

21.97001-7019

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA 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: 2280

2

CONTA: 516.91

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☒ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 03.07.2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☒ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 / Falecidos:

☐ Sim

☒ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vivo/não)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 03 Falecidos:

☐ Sim

☒ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Maricá, 15 de maio de 2020

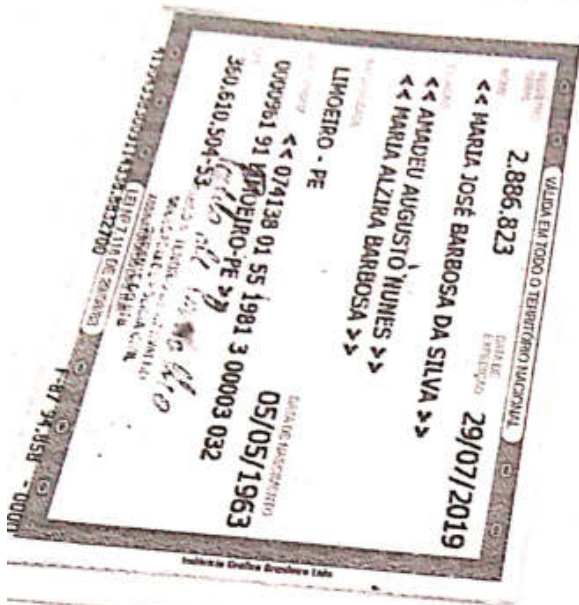
x Carmem Cybele B. da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner



UNIDADE FISCAL DO TERREIRO NACIONAL

1.969.687

03/07/2018

<< ADENILTON JOSÉ DA SILVA >>

<< JOSÉ ANTONIO DA SILVA >>

<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

LINHOEIRO - PE

<< 07413E-01 55 1981 3 00003 032

21/12/1960

300.063.504-10

ADENILTON JOSÉ DA SILVA

61 880

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receta Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 300.063.504-10

Nome ADENILTON JOSE DA SILVA

Nascimento 21/12/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

EF4F.D8AD.CE0F.E8CE

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

www.receta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 09:13:29 do dia 28/06/2016 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156007/20

Vítima: ADENILTON JOSE DA SILVA

CPF: 300.063.504-10

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ADENILTON JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de casamento
Certidão de óbito
Documentos de identificação

CARMEM CYBELE BARBOSA DA SILVA : 062.679.464-10

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

MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA : 360.610.504-53

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/06/2020
Nome: MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA
CPF: 360.610.504-53

MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

