



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
67081 039	27/08/2020 15:58	<a href="#"><u>ANEXO 1</u></a>



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta nº 15832561



Pag. 00241/00242 - carta 01 - MORTE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 15:58:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082715585118000000065804378>  
Número do documento: 20082715585118000000065804378

Nº 67081039 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta n° 15832562



Pag 00885/00886 - carta 01 - MORTE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 15:58:51  
<https://pjje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008271558511800000065804378>  
Número do documento: 2008271558511800000065804378

Núm. 67081039 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 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





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

**Rio de Janeiro, 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**

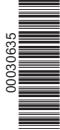
Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

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





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: ATENILLOW JOSÉ DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:	7 - Profissão:	8 - Endereço:
Maria José Bambosa da Silva	360063504-10	motorista	Rua Almoçal Josilino Alves Amelo
11 - Bairro:	9 - Número:	10 - Complemento:	85 casa
D. Picos de Lemos			
12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:	15 - E-mail:
Linsenos	PE	55.700.000	091-998882622
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0053	CONTA: 56916 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 decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura realização da perícia 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input checked="" type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____		
G-ESPOSA						
23 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	30 - Vítima deixou nascituro (vivernascer)? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> 3	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Não	Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não	Falecidos: <input type="checkbox"/>		

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Linsenos (PE) 20-04-2020  
 x Maria Yves Cordeiro de Mello Junior  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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:

300.063.504-10

4 - Nome completo da vítima:

ADENILSON JOSÉ DA SILVA

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

5 - Nome completo:

Carmem Cybele Bambosa da Silva

6 - CPF:

062.699.464-10

7 - Profissão:

Já é lar

8 - Endereço:

Rua Pioneiros, Quadra 163 casa 03, Col. Zg

9 - Número:

15 - Email:

Jardim Atlântico

10 - Complemento:

Marica

11 - Bairro:

12 - Cidade:

RJ

13 - Estado:

24-934-305

14 - CEP:

(22) 54001-7019

16 - Tel (DDD):

Cybeleb28@gmail.com

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:

 REUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2280

CONTA: 516.91

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 do acidente de trânsito, conforme Lei G. 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.

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 03.07.2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou nasцturo (viráceas)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

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

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Marca, 15 de maio de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Carmem Cybele B. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Digitalizado com CamScanner

Certifico que a cópia autenticada é reprodução fiel a original, dou fé. *(Assinatura)*  
ELAINE DE AGUIAR MOURA  
SANTOJANNI (TITULAR) LIMOEIRO/PE 26/12/2019 11:56  
Email: R\$ 2,90 TSHR R\$ 0,68 FERC: R\$ 0,34 ISS: R\$ 0,17  
FIRME: R\$ 0,03 FUNSEG: R\$ 0,07 Op.: 3 Selos: 0073981.  
AQY12201901.00310 Consulte autenticidade em: <http://tjpe.jus.br/seledigital>  
Consulte autenticidade do seu em: <http://www.tjpe.jus.br/seledigital>



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ºCIRC  
DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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) - Culposo (Consumado) que**  
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 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:

VEICULO: (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: MUNICIPIO 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: 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 MUNICIPAL



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

JOSÉ CORREIA DE AZEVEDO (não presente no plantão) - Sexo: Masculino  
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LIMOERO, 238, AVENIDA GERONIMO HERACLIO PE-090 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - LIMOERO/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 SITIO 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: 6º. CIPM - 6º COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR - LIMOERO

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



Digitalizado com CâmScanner





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125<sup>a</sup>CIRC  
DINTER1/16<sup>a</sup>DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 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) - Culposo (Conduzido)  
aconteceu no dia 3/7/2019 no período da Tarde

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

Pessoal(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/Mae: MARIA JOSÉ 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: 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/Mae: JOSEFA NATALIA GOMES SILVA  
Pai: FRANCISCO PORFIRIO DA SILVA Data de Nascimento: 11/2/1973 Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2275424/SSP/PE (RG), 69075405434 (CPF) Profissão: VEREADOR(1)  
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/Mae: MARIA  
FATIMA DE LIMA Pai: CELESTINO ROSENO DE LIMA Data de Nascimento: 6/2/1981 Naturalidade: MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2074349/SSP/PE (RG) Profissão: FUNCIONARIO PUBLICO MUNICIPAL  
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 GUARDA MUNICIPAL DA PMPE COMPOSTA PELO SGT GIVANILDO E SD ANTONIO, FOI INFORMADA PELA PESSOA DE 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 GUARDA

Digitalizado com CamScanner



ONSTATAR O FATO, INFORMOU A POLICIA CIVIL, ONDE COMPARCEMOS AO LOCAL E CONSTAMOS QUE UMA ARVORE DO TIPO MULUNGU CAIU POR CIMA DO VEICULO TRATOR, CEIFANDO A VIDA DA PESSOA 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 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** - Matricula: **01034731** - Prefixo da viatura: **1034731**  
Operacional: **6º CIPM - 6º COMPANHIA INDEPENDENTE DE POLÍCIA MILITAR - LIMOEIRO**

I.O. registrado por: **EDWARD NASCIMENTO JUBERT** - Matricula: **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 EXTESSO

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

DIA  
22

MÊS  
06

ANO  
1981

RÉGIME 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

AVERAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESCEIR

Até 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

Avenida Severino Pinheiro, 378

E-mail: cartorio.limoeiro@hotmail.com

CNPJ: 11.519.352/0001-74

Selo: 0074138.FUD11201901.00450

Consulte autenticidade em [www.tjepe.jus.br/selodigital](http://www.tjepe.jus.br/selodigital).

(válido somente com o selo de autenticidade e fiscalização)



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

FERC: 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

*Maria do Amparo G. de Andrade*  
Substituta

arpenpe AA 000390140 P

Digitalizado com CamScanner



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

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082715585118000000065804378>

Número do documento: 20082715585118000000065804378

Num. 67081039 - Pág. 11



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO DE ÓBITO

NOME  
**ADENILTON JOSÉ DA SILVA**

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

DIA  
03

MÊS  
07

ANO  
2019

LOCAL DE FALECIMENTO  
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(s) médico(s) que atestou(aram) o óbito  
Dr Marcos Alexandre Justino do Nascimento, CRM 9559

AVERAÇÕES / ANOTAÇÕES A ACRESER  
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.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.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 Páez Pessoa de Moura

Isabeli Delegatâna  
Cartório do 3º Ofício  
Limoeiro - PE

arpenpe AA 000061393 P

Digitalizado com CamScanner



|| Prazo de serviço para via para pagamento: 2020-04-22

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 10.433, de 26/04/02  
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-

Ligaçāo Gratuita de Telefones Fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-

Ligaçāo 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**

DATA DA APRESENTAÇÃO

14/04/2020

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL  
Monofásico  
B1

NÚMERO DA NOTA FISCAL

104150739

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

TOTAL A PAGAR  
**R\$ 4,81**

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	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
2051059010	04/2020	R\$ 4,81	22/04/2020	Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838500000008 048100110023 051059010104 147175168230



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Confir: 081-996686080

081-994828698

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 15:58:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082715585118000000065804378>  
Número do documento: 20082715585118000000065804378

Num. 67081039 - Pág. 13



Amplo Energia e Serviços S.A. I. Praça Leontino Ramos 1  
Niterói/RJ CEP 24200-007 Inscrição Estadual 80046561

### Dados da Conta

Nº DA INSTALAÇÃO N° DO CLIENTE

7992473-5

7992473-5

FELIPE GOULART DASLSGAARD

RUA 49 - 00000-1129 qd 163 casa 02 JDM ATLAN ITAIPUACU MARICA  
1 RT - 09 14071 05 014663 1670

Grupo Subgrupo

Classe B B1

Subclasse 01-RESIDENCIAL

01-RESIDENCIAL NORMAL

Tipo de Fornecimento

Modalidade tarifária BIFASICA

### Dados da Conta

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)

26/05/2020

386,36

CONTA REFERENTE A

Use este código para cadastro em Débito Automático:

MA12020

### 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 7992473-5

Mês/Ano kWh Dias

mai20	330
abr20	305
mar20	264
fev20	161
MEDIA	243

30 DIAS

### 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

PIS/PASEP - BASE CALC. 358,16 ALIQ: 4,94% VALOR: 17,69

COFINS - BASE CALC. 358,16 ALIQ: 10,00% VALOR: 35,81

### Descrição de Faturamento

Bandeira Anterior :VERDE Bandeira Atua! :VERDE

ITEM	QTD.	KWh	TARIFA	VALOR
Valor do Consumo do Mes	330	kWh	1.08536	358,16

Contr. Ilum. Pub. para a Prefeitura-COSIP

Valor: 28,20

Digitalizado com CamScanner



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

https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082715585118000000065804378

Número do documento: 20082715585118000000065804378

Num. 67081039 - Pág. 14



## 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:

300.063.504-10

4 - Nome completo da vítima:

Adenilson José da Silva

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

5 - Nome completo:

Carmem Cybele Bomba de Silva

6 - CPF:

062.699.464-10

7 - Profissão:

Já é lar

8 - Endereço:

Rua Pioneiros, Quadra 163 Casa 03 Col. Zg

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Jardim Atlântico

12 - Cidade:

Marica

13 - Estado:

RJ

14 - CEP:

24.934-305

15 - Email:

cybeleb28@gmail.com

16 - Tel (DDD):

(21) 27001-7019

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:

 REUSCO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2280

CONTA: 516.91

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 G 194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 03.07.2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Falecidos: 

30 - Vítima deixou

nascituro (vivente)?  Sim Não31 - Vítima teve irmãos?  Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  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

40 - Local e Data,

Marica, 15 de maio de 2020

X Carmem Cybele B. da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

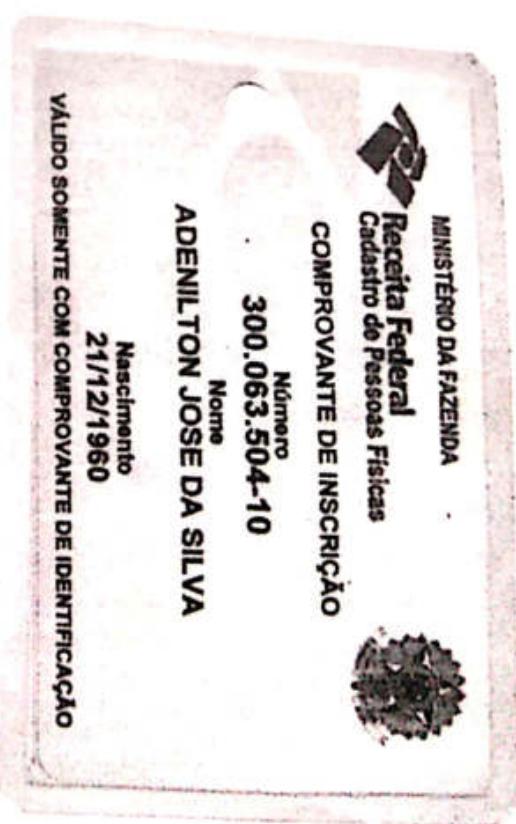
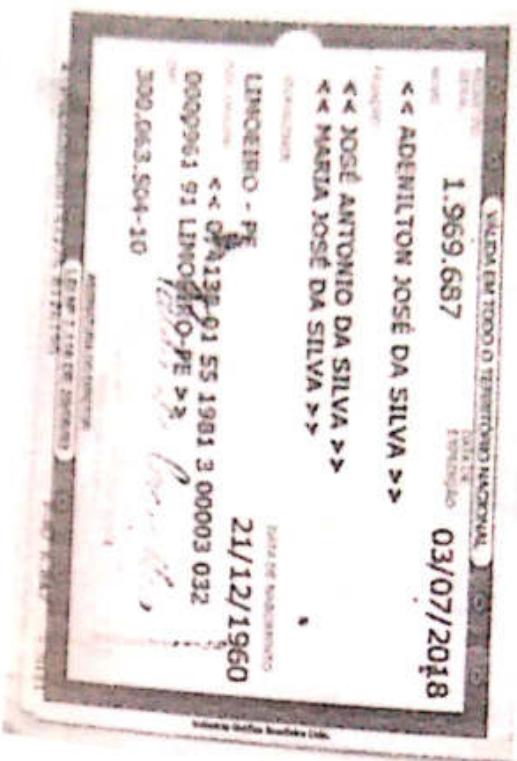


Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 15:58:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008271558511800000065804378>  
Número do documento: 2008271558511800000065804378

Num. 67081039 - Pág. 16



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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.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)  
dígito verificador: 00  
61 880  
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
Data de validade: 03/07/2018



## 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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA JOSE BARBOSA DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 27/08/2020 15:58:51  
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082715585118000000065804378>  
Número do documento: 20082715585118000000065804378

Num. 67081039 - Pág. 18