

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200073127 Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

Data do Acidente: 26/07/2016 Cobertura: MORTE

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.

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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073127

Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

Data do Acidente: 26/07/2016

Cobertura: MORTE

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073127

Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

Data do Acidente: 26/07/2016

Cobertura: MORTE

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) ou, se não possuir, da certidão de nascimento ou, da certidão de casamento ou, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou, da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, do Cadastro de Pessoa Física - CPF, do comprovante de residência, o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo, sem abreviações e/ou rasuras, pois não foi entregue. No caso de herdeiro já falecido, necessário a cópia da certidão de óbito.

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



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073127

Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

Data do Acidente: 26/07/2016

Cobertura: MORTE

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA

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

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073127

Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

Data do Acidente: 26/07/2016

Cobertura: MORTE

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

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 interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200073127

Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

Data do Acidente: 26/07/2016

Cobertura: MORTE

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA

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 interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado ou acesse o aplicativo do Seguro DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

Renato do Nascimento Pereira

6 - CPF:

993.026.734-24

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Agua Fria

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Cruz do Espírito Santo

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

15 - E-mail:

pernandocruz@comunicacao.com.br

16 - Tel.(DDD):

(83)3232-0304

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:

☒ RECLUIR INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A 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:

Brasul

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

1263

3

CONTA:

57.486

4

(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 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, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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:

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

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou resíduo patrimonial?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: 039.237.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Fernando Nascimento do Espírito Santo

CPF: 010.367.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

1º de Janeiro/19

Renato do Nascimento Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) 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:

Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

João do Nascimento Pereira

6 - CPF: 113.751.924-89

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Crúz. do Esp. Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

perceira@luciano.com.br

16 - Tel. (DDD):

(83) 333-0304

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\$1.001,00 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:

00028750

CONTA:

000287509

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

00028750

CONTA:

000287509

(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 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, §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:

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 (parasit)?

☐ Sim ☐ Não

31 - 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: Valdenia F. de Macedo

CPF: 079.237.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Fernando Nascimento do Lago Brunt

CPF: 030.467.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa/PB 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCCORRÊNCIA: 8348551
Comunicação: C2035064
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1301485 - PEDRO JOSE PIMENTA CARNEIRO
Município/UF: SANTA RITA/PA
Fase do dia: Amanhecer
Condições da Pista: Seca
Sinalização existente: Vertical, Horizontal
Houve danos ao patrimônio da União? Não
Houve solicitação de perícia? Não
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não
Data/Hora do Acidente (hora local): 26/07/2016 05:30
Tipo de Acidente: Saída da Pista
Restrições de Visibilidade: Inexistente
Sentido da Via: Crescente
Simplificação luminosa: Inexistente
Condição meteorológica: Céu Claro

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Uso do Solo: Rural
Tipo de Localidade: Não edificada
Existe acostamento? Sim
Estado de Conservação: Bom
Há desnível? Não
É pavimentado? Sim
Largura (m): 2
Possui defesa? Não existe
Possui meio-fio? Não existe
Possui sarjeta? Não
Existe canteiro central? Sim
Estado de Conservação: Bom
Largura (m): 2
Tipo de inclinação: Plano
Obstáculo ao Cruzamento: Meio-fio
Estado de Conservação do Obstáculo: Bom

Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom
Ocupação: Livre
Cerca: Conservada
Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom
Tipo: Dupla
Qtd. de Faixas: 2
Tipo de Pavimento: Asfalto
Perfil: Em nível
Tragado: Não
Curva Vertical: Não Existe
Superelevação: Não
Superlargura: Não
Largura da Pista (m): 2
Exercitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.daf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/06/2016 09:44:05
NÚMERO DE CONTROLE: d6e6b502076c411



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

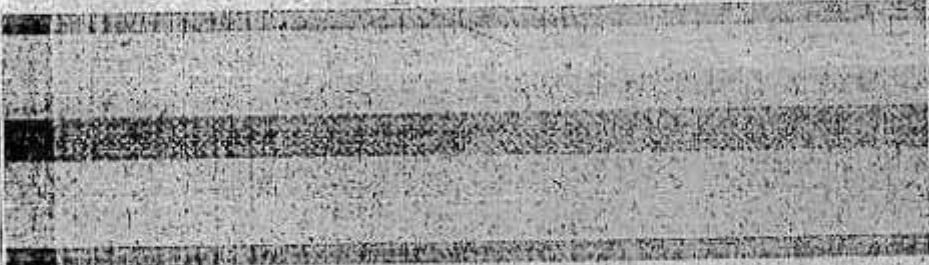
OCORRÊNCIA: 83485517

Comunicação: C2035064

STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CRÓQUI

Local Preservado



LEGENDA

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Automóvel | <input type="checkbox"/> Trem |
| <input type="checkbox"/> Veículo Trator | <input type="checkbox"/> Conjugado |
| <input type="checkbox"/> Pedestre | <input type="checkbox"/> Objeto Fixo |
| <input type="checkbox"/> Ponto B | <input type="checkbox"/> Ponto A |
| <input type="checkbox"/> Ponto P | <input type="checkbox"/> Ponto A |
| <input type="checkbox"/> Ponto C | <input type="checkbox"/> Antes da Colisão |
| <input type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Marca de Freio |
| <input type="checkbox"/> Animal | <input type="checkbox"/> Veículo Ausente |
| <input type="checkbox"/> Capotagem | <input type="checkbox"/> Reboque/Semi-reboque |
| <input type="checkbox"/> Caminhão | <input type="checkbox"/> Triângulo de Amoreamento |
| <input type="checkbox"/> Tombamento | <input type="checkbox"/> Veículo de 2 ou 3 rodas |
| <input type="checkbox"/> Incêndio | <input type="checkbox"/> Marcha à frente |
| <input type="checkbox"/> Local de Colisão | <input type="checkbox"/> Patinação ou Derrapagem |
| <input type="checkbox"/> Marcha à ré | <input type="checkbox"/> Depois da Colisão |
| <input type="checkbox"/> Praça de Trânsito | |

← CASPRA QUAND-PS

JOÃO NESSIA-PS →

Latitude do Ponto C:		Longitude do Ponto C:	
Referência do Ponto A/A:		Referência do Ponto B:	
Distância AB (m):	Distância AC (m):	Distância BC (m):	
VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)
	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência:

APÓS VERIFICAÇÃO DE VESTÍGIOS NO LOCAL DO ACIDENTE CONSTATAMOS QUE O V1, HONDA/PCF, PLACAS DE COR VERMELHA, SAÍDA DA PISTA VINHO A TOMBAR EM SEQUIDA.

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.spri.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/08/2016 09:44:08
NÚMERO DE CONTROLE: df8ebb50207854b1



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRANSITO

OCORRÊNCIA: 83485517
Comunicação: C2035054
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V1 Descrição: POP VERMELHA Chassi: 9C2JBO100GR205332 Renavam:
Marca/Modelo: Cor: VERMELHA Ano: Tipo: Motor: C/2500 Emplacamento:
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular CPF/CNPJ:
Proprietário: CEP:
Endereço: Telefones:
Município/UF: Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

Placa U1: Placa U2: Placa U3: Placa U4:
Origem: BRASIL Destino: BRASIL

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Outros Salida de pista? Não Derrapagem? Não Capotagem? Não Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve Colisão com Objeto Móvel: Não Houve Incêndio? Não
Marcas de Freio (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Moeda: Real-R\$
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

Tipo de Receptor: Data/Hora da Recepção (hora local): Motivo:
Responsável pela Recepção:
Documento do Responsável:
Município/UF: Descrição do Encaminhamento:

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1 POP VERMELHA
Nome/Apelido: ANTONIO PEREIRA FILHO
Data de Nascimento: 03/09/1962 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Informado
Nome do Pai:
Nome da Mãe: LUZIA PEREIRA DA SILVA
Endereço: SÍTIO JOÃO RAJUNDO
Município/UF: CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PE Telefones: Celular:
Grau de Instrução: Não Informado

Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:
CPF: 760.895.914-53 Documento de Identificação: Orgão Expedidor:
Origem: Destino:
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinto? Não Aplicável Usava Capacete? Sim
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Negativo
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:
Validade CNH: País CNH: Dormiu? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: Negativo
Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: Responsável pela Recepção: Data/Hora da Recepção (hora local):
Documento do Responsável: Motivo:
Município/UF:
Descrição do

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.dprf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/09/2016 03:44:08
NÚMERO DE CONTROLE: d78e6b5020785431



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
Departamento de Polícia Rodoviária Federal
Sistema de Informações Operacionais
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

OCORRÊNCIA: 83485517
Comunicação: G2035064
*** STATUS DA OCORRÊNCIA:** Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBLHADOS

Veículo: VI **Placa:** _____
Nome do Agente/Assinatura: PEDRO JOSE PIMENTA CARNEIRO **Nº BOAT:** 83485517
Registro/Matrícula do Agente: 1301485 **Data:** 26/07/2016 05:30

Item	Descrição - Componentes Não Estruturais	Valor	Sim	Não	NA
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	2	X		
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2		X	
3	Amortecedor(es) tráf. (passiva fixação ao chassi)	2		X	
4	Motor e suas fixações.	2		X	
5	Eixo do garfo traseiro	2		X	
6	Roda traseira (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc)	2		X	
7	Eixo da roda dianteira/traseira.	2		X	
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinça, tambor, disco, pedal, etc)	2		X	
9	Pedais do apoio do condutor e passageiro	1		X	
10	Bagageiro traseiro deformado (se houver).	1		X	
11	Alça traseira	1		X	
12	Assento (fixação e firmeza)	1		X	
13	Tanque de combustível, tampa do tanque e mangueiras	2		X	
14	Roda dianteira (aro, cubo, raios, flanges, etc)	2		X	
Descrição - Componentes Estruturais					
A	Coluna de direção e mesas sup./inf. (folga anormal, danos)	3		X	
B	Amortecedor(s) dianteiro(s)	3		X	
C	Chassis (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc)	3		X	
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc)	3		X	

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA": 2

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o dano que corresponde ao dano do veículo.

- ☒ **Dano de Pequena Montante:** até 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados nenhum componente estrutural.
- ☐ **Dano de Média Montante:** soma de 16 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados os componentes estruturais.
- ☐ **Dano de Grande Montante:** quando o veículo assinalado nas colunas "SIM" e "NA" não tem componentes estruturais, independente do somatório dos pontos.

Observações:

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM.

Quando o componente não estiver danificado, ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO.

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi ou não danificado no golpe de, assinalar com um X a coluna NA.

SIM = Item danificado no acidente

NÃO = Item não danificado no acidente

NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliado)

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://www.darf.gov.br>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/08/2016 09:44:08

NÚMERO DE CONTROLE: d18e6b50207854b1



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

Antonio Pereira Filho

CPF

--- NADA CONSTA ---

MATRÍCULA:

0698070155 2019 4 00007 128 0004463 52

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, 47 anos

NATURALIDADE

Santa Rita-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG nº: 3396557 SSP-PB

ELEITOR

SIM - Nº 020242501260, Zona: 3 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Luzia Pereira da Silva. Residia na(o) Vila Lourenço - s/n, no município de Cruz do Espírito Santo-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinte e seis de julho de dois mil e dezesseis

DIA

26

MÊS

07

ANO

2016

LOCAL DO FALECIMENTO

Em via pública: BR 230 - Km 54 no município de Cruz do Espírito Santo-PB

CAUSA DA MORTE

Traumatismo Crânio Encefálico: Greva, Ação Contundente, Acidente de Trânsito.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério Público de São Miguel de Taipu - PB às 10:30 horas do dia 27/07/2016 no município de São Miguel de Taipu-PB

DECLARANTE

Lenice do Nascimento, Agricultora, CPF nº 020.133.924-27, RG nº 1986051 SSP-PB, residente e domiciliada: Sítio João Raimundo - deste Município, Cruz do Espírito Santo-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Luciana Cavalcante Trindade - CRM: 5151

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 03/06/2019, no Livro C-00007, Nº 4463, folha 128. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 244917612. O falecido era solteiro e deixou três filhos, sendo um menor de idade.

Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais

Maria Edméa Melo Gomes

Distrito de Cruz do Espírito Santo-PB

Rua Epitácio Pessoa Nº 12 - Centro Distrito de Cruz do Espírito Santo, Cruz do Espírito Santo-PB - CEP 58337000 Fone: 83 3254-1161 E-mail: cartoriocruzdoespíritosanto@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Distrito de Cruz do Espírito Santo-PB, 3 de Junho de 2019

Rachel Gomes de Melo
Rachel Gomes de Melo
Oficial Substituta

Selo Digital: AIP87078-YEDS

Cartório do Registro Civil
Maria Edméa Melo Gomes
Titular
Rachel Gomes de Melo



I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 06/05/2016	3 Cartão SUS	4 Naturalidade SANTA RITA
	5 Nome do Falecido EDSON PEREIRA FILHO			
	6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe LUCIA PEREIRA DA SILVA	
	8 Data de nascimento 03/09/1969	9 Idade 46	10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input checked="" type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Preta 2 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela
II Residência	12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Divorçado		13 Escolaridade (última série concluída) 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	
	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		Código CBO 2009	
	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA LUIZ RIBEIRO		16 CEP 51400-000	
III Ocorrência	17 Bairro/Distrito CENTRO		18 Município de residência ESPÍRITO SANTO	
	19 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado 2 <input type="checkbox"/> Outros estabelecimentos de saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena		20 Estabelecimento Código CNEC	
	21 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA 230 - RUA 54		22 CEP 51400-000	
IV Fetal ou menor que 1 ano	23 Bairro/Distrito CENTRO		24 Município de ocorrência ESPÍRITO SANTO	
	25 PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE		26 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	
	27 Idade (anos) 36		28 Escolaridade (última série concluída) 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo	
V Condições e causas do óbito	29 Número de filhos vivos 1		30 Nº de semanas de gestação 34	
	31 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		32 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	33 Morto em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		34 Peso ao nascer 3500g	
VI Médico	35 Número da Declaração de Nascimento Vivo		36 Assistência médica 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	37 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 42 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recubeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	39 Diagnóstico confirmado? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte C/D	
VII Causas externas	40 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) <u>INFARTO MIOCÁRDICO</u> Devido ou como consequência de: b) <u>ACIDENTE DE TRÂNSITO</u> Devido ou como consequência de: c) <u>ACIDENTE DE TRÂNSITO</u> Devido ou como consequência de: d) <u>ACIDENTE DE TRÂNSITO</u> Devido ou como consequência de:	
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima			
	41 Nome do Médico DR. LUIZ CARLOS TEIXEIRA		42 CRM 54391	
VIII Causas internas	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVD 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML		44 Município e UF do SVO ou IML SANTA RITA - RJ	
	45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 21030441		46 Data do atestado 06/05/2016	
	47 Assinatura LUIZ CARLOS TEIXEIRA			
IX Causas externas	48 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico) 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 5 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 9 <input type="checkbox"/> Ignorado		49 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Condição Policial N° 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra	
	50 Descrição sumária do evento ACIDENTE DE TRÂNSITO		51 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro endereço 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	52 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA LUIZ RIBEIRO		53 Número 54 Bairro 55 Município	



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

Renato do Nascimento Pereira

6 - CPF:

993.026.734-24

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Agua Fria

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Cruz do Espírito Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

pernandocruz@comunicacao.com.br

16 - Tel.(DDD):

(83)3232-0304

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:

☒ RECLUIR INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A 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:

Brasul

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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:

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 resíduo patrimonial?

☐ Sim ☐ Não

31 - 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 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: 039.237.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF: 010.367.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

1ººº Pessoa / PB 07/12/19

Renato do Nascimento Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) 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:

Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

João do Nascimento Pereira

6 - CPF:

173.751.924.89

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Cruz. do Esp. Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

perceira.joao@live.com.br

16 - Tel. (DDD):

(33) 333-0304

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\$1.001,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A 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:

CONTA:

000287509

(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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ 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: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (parasit)?

☐ Sim ☐ Não

31 - 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

Valdemia F. de Macedo

CPF: 079.237.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

Fernando Nascimento do Lago Brunt

CPF: 030.467.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa/PB 09/12/19

João do Nascimento Brunt

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

LACERDA SANTANA ADVOCACIA
AV DOM PEDRO II 705
CENTRO
58013 - 420 JOAO PESSOA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Na Web - www.claro.com.br/empresas
Visite nosso site: www.claro.com.br e acesse o detalhamento da sua fatura

Nº do Cliente: 952/96439
Nº da Conta: 101518218
CPF/CNPJ: 12.800.758/0001-93
Código para Débito Automático: 101518218 Claro NE DDD 81 a 89
Razão Social: Claro S/A
CNPJ Matr.: 40.432.544/0001-47
CNPJ Filial: 40.432.544/0064-20

2ª Via de Fatura
Período de Uso
de 14/07/2019 a 13/08/2019
Vencimento
03/09/2019
Total a Pagar
R\$ 1.264,35

Valor pago na última conta: R\$ 1.256,50

Veja aqui o que está sendo cobrado

Individuais	R\$	1.199,72
Oferta Conjunta Claro MIX		-
Claro Life Ilimitado 500MB		-
Claro Life Ilimitado 5GB		-
Aplicativos Digitais		-
PJ Bônus de Internet Turbo - 5GB	R\$	0,00
Pacote Mobilidade	R\$	0,00
Pacote Social	R\$	0,00
Interurbanas e Rec. em viagem	R\$	24,37
Ligações adicionais, serviços adicionais e excedentes	R\$	39,22
Parcelamento de Aparelho	R\$	3,33
Descontos	R\$	-2,29
Total do Mês	R\$	1.264,35

Total a Pagar R\$ 1.264,35

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

Prezado Cliente,
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.



Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco:

Claro

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
LACERDA SANTANA ADVOCACIA	101518218	14/07/19 a 13/08/19	R\$ 1.264,35	03/09/19
Claro NE DDD 81 a 89				

84800000012-0 | 64350221201-4 | 90903101518-3 | 21803318122-0



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago de Ataíde Brandão
inscrito (a) no CPF/CNPJ 072134414 / 02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
José do Nascimento Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.151.914 / 89,
do sinistro de DPVAT cobertura morte da Vítima Antônio Pereira Filho,
inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. D. Pedro II</u>	Número: <u>305</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Antônio</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>presidenciais@plombagem.com.br</u>	CEP: _____	
		Tel.(DDD): <u>(35) 3332-0304</u>

Local e Data:

João Pessoa PB 15/01/20

Assinatura do Declarante

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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Thiago de Almeida Brandão

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 072139414 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Renato do Nascimento Pereira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 773 026 734 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura rente da Vítima Antônio Pereira, Filho

Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Av. D. Pedro II</u>	Número: <u>505</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Antônio</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>presidenciais@locadamentos.com.br</u>	Tel. (DDD): <u>(33) 3232-0304</u>	

Local e Data:

João Pessoa / PB 15/01/20

Assinatura do Declarante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

Renato do Nascimento Pereira

6 - CPF:

993.026.734-24

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Cruz do Espírito Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

pernandocruz@comunicacao.com.br

16 - Tel.(DDD):

(83)3232-0304

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:

☒ RECLUIR INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A 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: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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.

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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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:

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 resíduo patrimonial?

☐ Sim ☐ Não

31 - 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 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: 039.237.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Fernando Nascimento do Espírito Santo

CPF: 010.367.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

1º de Janeiro/19

Renato do Nascimento Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) 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: Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo: João do Nascimento Pereira 6 - CPF: 173.751.924-89
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Água Fria 9 - Número: 514 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Cruz do Espírito Santo 13 - Estado: PB 14 - CEP: _____
15 - E-mail: perceira.joao@live.com.br 16 - Tel. (DDD): (33) 333-0304

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\$1.001,00 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)

AGÊNCIA: _____ CONTA: 000287509
(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 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 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, §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: _____

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 (parasit)? ☐ Sim ☐ Não 31 - 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: Valdiana F. de Macedo
CPF: 079.237.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Fernando Nascimento do Lago Brunst
CPF: 030.467.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa/PB 09/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
ANTONIO PEREIRA FILHO

DATA DE NASCIMENTO: **03/09/1968** Nº REGISTRO: **0202 4250 1280** ZONA: **003** SEÇÃO: **0011**

MUNICÍPIO DE: **CRUZ DO ESPIRITO SANTO/PB** DATA DE SUPLENTE: **21/12/2005**

JUIZ ELEITORAL

ASSINATURA DO ELEITOR

VALIDADE: 21/12/2005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTÃO DE IDENTIDADE

NÃO ATUALIZADO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAÍBA

DI. 21

Assinatura do titular

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO APREENSADOR ORIGINAL DO ELEITOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **3396557** DATA EXPEDIENTE: **20 DEZ 2005**

NOME: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

PRELAÇÃO: **Luzia Pereira da Silva**

Santa Rita-Pb **03.09.1968**
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cart. 7.º. 339655. Fls. 13. Liv. A-08. Cart. Cruz do E. Santo-Pb.

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 19/08/63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 06

Renato do Nascimento Pereira

CARTERA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
113.026.734-24

Nome
RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA

Nascimento
20/05/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.698.466 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/08/2008

NOME **RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA**

FILIAÇÃO **ANTONIO PEREIRA FILHO
LENICE DO NASCIMENTO**

NATURALIDADE **SANTA RITA-PB** DATA DE NASCIMENTO **20/05/1993**

DOC. ORIGINAL **NASC.N. 7764 FLS 431 LIV. A8**

OP **CARTÓRIO SÃO MIGUEL DE TAIPU**

Renato do Nascimento Pereira

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 20/08/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 06

Jairo do Nascimento Pereira

CARTÃO DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
113.151.924-89

Nome
JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

Nascimento
15/09/1991

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.698.476 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/08/2008

NOME JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

FILIAÇÃO ANTONIO PEREIRA FILHO
LENICE DO NASCIMENTO

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 15/09/1991

DOC. ORIGINAL NASC. N. 13043 FLS. 94 LIV. A14

CARTÓRIO CRUZ. DO E. SANTO PB

OF *J. do Nascimento*

JOÃO PASSOS - PB ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
 THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

FILIAÇÃO
 TOLSTOI DA SILVA BRANDAO
 MARIA SALETE DE ATAIDE BRANDAO

NATURALIDADE
 JOAO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO
 28/06/1983

RG
 2943598 - SSP/PB

CPF
 072.139.414-02

DATA DE EXPIRAÇÃO DA
 14/03/2012

PROFISSIONAL
 NÃO

ASSINATURA
 [Assinatura]

DELEGADO
 DELEGADO CAVALCANTE RODRIGUES
 PRESIDENTE

RECEBIMOS
 16885

USO OBRIGATORIO
 IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS
 (Art. 1º da Lei nº 4.728/64)

Thiago de Ataíde Brandão
 14/03/2012

10181870

TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10181870

10181870



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

LAUDO CADAVERÍCO

Laudo nº 03.01.01.072016.05782

ANTONIO PEREIRA FILHO (Pereira)

Órgão requisitante: 6ª DD de Santa Rita
Dr(a): Pedro Martins dos Santos

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Delegado Titular
DP de Cruz do Espírito Santo

ANTONIO PEREIRA FILHO

13. 1.018/2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL

C: 498316

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa, atendendo à solicitação expedida da(o) 6ª DD de Santa Rita de nº 377/16, datada de: 26/07/2016, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: ANTONIO PEREIRA FILHO, Nacionalidade: brasileira, Estado civil: União estável, 46 anos, natural de: Santa Rita/PB, sexo: Masculino, filho/a de: ignorado e Euzia Pereira da Silva, residente na Rua Vila Lourenço, Cruz do Espírito Santo/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

HISTÓRICO: Vítima de acidente de trânsito.

DESCRIÇÃO: Exame realizado em: 26/07/2016 às 10:50h.

I - INSPEÇÃO EXTERNA: Cadáver de sexo masculino, de cor parda, de complexão física: normolínea, apresentando obesidade e bom estado de conservação; trajando: camisa pólo cor-de-rosa, bermuda branca, cueca bege; está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso; estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelo: crespos e apresenta uma ferida contusa em região frontal à esquerda. Exame odonto legal em anexo. Ausência de lesões violentas dignas de notas periciais em genitália externa. Apresenta escoriações em placa em face, tronco, membros e dorso do tronco. Não há fraturas.

O pescoço não permite a execução de movimentos anormais e tegumento está íntegro.

II - INSPEÇÃO INTERNA: CAVIDADE CRANIANA: Após a incisão bimastróideia e rebatido o escalo, foi constatado infiltrado difuso nos folhetos. Abóbada craniana com fraturas ósseas em região frontal à esquerda. ~~Medula e fórmix~~ craniana, o(a) perito(a) observou sangramento encefálico difuso. Retirado o encéfalo e removida a dura-máter, a base do crânio apresenta-se com fratura oblíqua que ia do andar superior esquerda, passando pela sela túrcica e chegando até o a médio à direita. CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecando planos músculos-cutâneos das paredes, retirado o plastrão condro esternal, constatam-se os torácicos e abdominais íntegros.

EXAMES COMPLEMENTARES: Alcoolémia, cujo resultado foi negativo, conforme consta no Laudo 02.01.31.072016.2496, do Laboratório de Toxicologia, datado de 08/09/16.

Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa o(a) perito(a) a responder aos quesitos:

RESPOSTAS AOS QUESITOS:
1 - SE HOUVE MORTE? SIM.

ANEXO F

- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? **5) TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO GRAVE**
ACIDENTE DE TRÂNSITO.
3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? **AÇÃO PÉRFURO-CONTUNDENTE.**
4 - SE FOI PRODUZIDA POR MEIO DE FOGO, VENENO, EXPLOSIVO, ASFIXIA, TORTURA OU OUTRO MEIO INSIDIOSO OU CRUEL? **PREJUDICADO.**

E para constar foi exarado o presente laudo que segue devidamente rubricado e assinado pelo(a) perito(a) nomeado(a).

Luciana C. Trindade

Dr(a). Luciana Cavalcante Trindade
Perita Oficial Médico Legal
Mat: 157.394-2 CRM 5151/PB

Luciana C. Trindade
Perita Oficial Médico-Legal
MAT. 157394-2 - CRM/PB 5151



LAUDO PERICIAL Nº 02.01.31.072016.2496
QUANTIFICAÇÃO DE ETANOL EM SANGUE HUMANO

Autoridade Solicitante: Luciana C. Trindade – Perito Oficial Médico-Legal.

Memorando número: 791/2016 – de 26 de julho de 2016 – NUMOL João Pessoa.

1) HISTÓRICO:

Data de recebimento do Memorando, das Requisições e do material biológico no NULF-
JP/LATOX: 26 de julho de 2016.

Nome do Perito Oficial Médico-Legal: Luciana C. Trindade.

Número de registro no LATOX: 487/2016.

Tipo de exame complementar solicitado: ~~toxicologia~~ **toxicologia**.

Tipo de amostra biológica coletada: Sangue.

Material colhido do cadáver de: ANTONIO PEREIRA FILHO.

Data da coleta: 26/07/2016.

Número do Laudo Cadavérico: 03.01.01.072016.05782

2) MATERIAL RECEBIDO NO LATOX PARA ANÁLISE:

01 (um) tubo de vidro, fechado com tampa de cor cinza, identificado com o nome do periciando supracitado e número do Laudo cadavérico. No interior do tubo havia sangue, de acordo com o memorando supra, congelado e com volume de aproximadamente 4,0 ml (quatro mililitros).

3) EXAME:

A quantificação de etanol em sangue humano foi realizada com sistema de cromatografia gasosa acoplada à espectrometria de massas, através do método "headspace" de análise. Utilizou-se uma coluna capilar com fase estacionária SOL-GEL-WAX para a separação dos analitos, de acordo com a metodologia padronizada neste laboratório.

4) RESULTADO:

Através da técnica utilizada **NÃO FOI DETECTADA** presença de ETANOL (ÁLCOOL ETÍLICO), na amostra analisada.

Para fins de eventual nova perícia, amostra do material pesquisado ficará armazenada neste Laboratório de Toxicologia Forense, sob congelamento, por um prazo de 90 (noventa) dias a partir da data da coleta que consta no memorando supracitado, sendo então descartada devido as suas peculiaridades, não havendo manifestação contrária.

Nada mais havendo a lavar-se, foi encerrado o presente Laudo, vai pelo perito abaixo assinado, com verso em branco, ficando dele cópia de igual teor arquivada e assinada neste Núcleo de Laboratório Forense da 1ª SRIPC.

Laboratório de Análises Toxicológicas em João Pessoa – PB, 08 de setembro de 2016.

Ticiano Pereira Barbosa

Ticiano Pereira Barbosa
Perito Oficial Químico-Legal
Matrícula: 160.026-5



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

DADOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADÁVER

- ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIAADO
☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIAADO
☐ SVO / UNIDADE DE SAÚDE

ARMA UTILIZADA

- ☐ ARMA DE FOGO
☐ ARMA BRANCA
☐ OUTROS OBJETOS:

DATA

16/07/12

HORA

19:00

LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA
(via pública, residência, bar, etc.)

LOGRADOURO (rua, avenida, rodovia, etc.)

NÚMERO

COMPLEMENTO (APTO, SALA, ANDAR, ETC.)

BAIRRO

LOCALIDADE / COMUNIDADE

MUNICÍPIO / UF

PONTO DE REFERÊNCIA

LATITUDE

LONGITUDE

DADOS DA VÍTIMA

NOME

Guarado

APELIDO

Silva

MÃE

SEXO

☒ MASCULINO

☐ FEMININO

DATA NASCIMENTO

IDADE APARENTE

IDENTIDADE

☐ IGNORADO

CPF

COR DA PELE / ETNIA

☐ PRETA

☐ PARDA

☐ BRANCA

☐ AMARELA

☐ INDÍGENA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

MATRÍCULA N°

ÓRGÃO

☐ GRECRIM / NUCRIM

☐ PC

☐ UNIDADE DE SAÚDE

☐ SVO

☐ OUTRO

ASSINATURA

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME)

MATRÍCULA N°

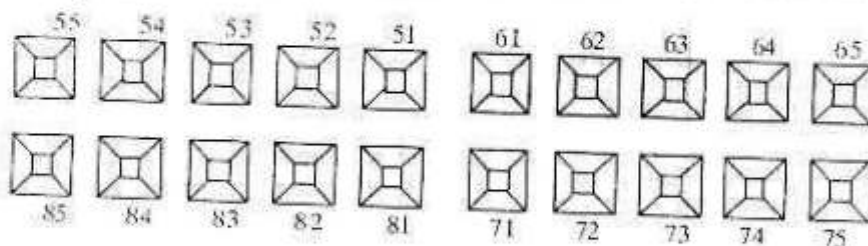
ASSINATURA

CORPO ENCAMINHADO PARA

☐ GEMOL

☐ NUMOL

Nº 2016.1483



Legend

- - Restauração
- O - Cárie
- X - Extração
- RR - Resto radicular
- A - Ausente
- H - Hígido

Paulina Maria Viana

11/07/12

ANTONIO PEREIRA FILHO

Laudo n°: 03.01.01.072016.05782

GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLÓGICA LEGAL.

C: 49831

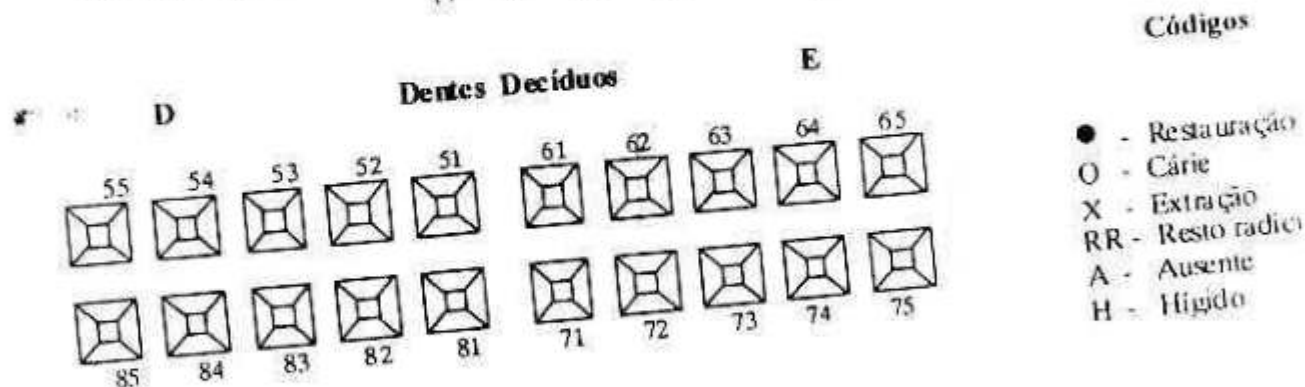
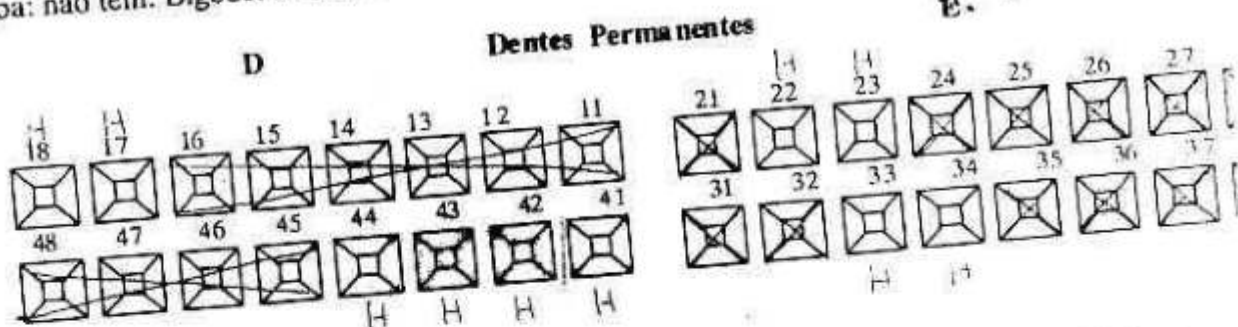
LAUDO TANATOSCÓPICO
Seção de Odontologia

Data do exame: 26/07/2016 Hora do exame: 11:19

Órgão Requisitante: 6ª DD de Santa Rita. Nº da Solicitação: 377/16. Autoridade Solicitante: Pe. Martins dos Santos. Nome: **ANTONIO PEREIRA FILHO**, 46 anos, filho(a) de: ignorado e de: Lu Pereira da Silva. Sexo: **Masculino**. Nacionalidade: brasileira. Natural de: Santa Rita/PB.

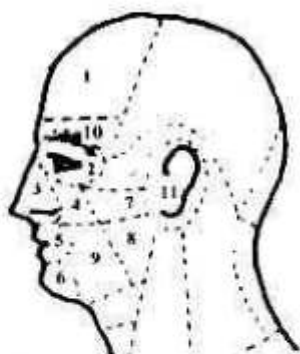
DADOS CARACTERÍSTICOS:

Rosto: redondo. Sobrancelhas: **retas**. **Pálpebras**: fechadas. Íris: castanhos. Cor: parda. Pupila: dilatadas. Conjuntivas: brilhantes. Nariz: **mesorrino**. Boca: média. Lábios: grossos. Arco senil: não tem. Barba: não tem. Bigode: não tem.



- Códigos**
- - Restauração
 - O - Cárie
 - X - Extração
 - RR - Resto radiol
 - A - Ausente
 - H - Higido

Paulina Norais Viana



REGIÕES DA FACE

- | | |
|---------------|------------------------------|
| 1) FRONTAL | 7) ZIGOMÁTICA |
| 2) ORBITÁRIA | 8) MASSETERINA |
| 3) NASAL | 9) BUCINADORA |
| 4) GENIANA | 10) PALPEBRAL OU SUPERCILIAR |
| 5) LABIAL | 11) PRÉ-AURICULAR |
| 6) MENTONIANA | |

DESCRIÇÃO DO EXAME:

O cadáver apresenta várias escoriações em placa acometendo as regiões, a saber: dorso e asa direita do nariz, lábio superior à direita, gengiva e bucinadora, ambas direitas, superciliar direita e frontal, esquerda, esta última, associada à ferida contusa que se continua para couro cabeludo, medindo cerca de 3,0cm.

Milena Norões Viana
 Dr(a). Milena Norões Viana
 Perito Oficial Odonto - Legal
 Matr: 156.296-7 CRO 2757/PB

Milena Norões Viana
 Perito Odontológico
 Matr: 156296



07/12/2019

Número: 0800177-10.2018.8.15.0291

Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL

Órgão julgador: Vara Única de Cruz do Espírito Santo

Última distribuição : 19/06/2018

Valor da causa: R\$ 954,00

Assuntos: Registro de Óbito após prazo legal

Segredo de justiça? NÃO

Justiça gratuita? SIM

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? NÃO

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LENICE DO NASCIMENTO (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
ANTONIO PEREIRA FILHO (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14904 476	19/06/2018 10:57	Petição Inicial	Petição Inicial

ESCANEADO
EM 11/12/2019

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE CRUZ DO
ESPÍRITO SANTO/PB

LENICE DO NASCIMENTO, brasileira, solteira, portadora do RG n.º 1.986.951– SSP/PB, inscrita no CPF sob o n.º 020.133.924-27, residente e domiciliada no Sítio Água Fria, S/N, Zona Rural, **Cruz do Espírito Santo/PB**, por sua advogada legalmente constituída – mandato incluso, com escritório profissional localizado na Av. Dom Pedro II, n.º 705, Centro, João Pessoa, PB, CEP: 58013-420 Tel. (83) 3241-6957, onde deverá receber intimações e correspondências, vem à presença de V. Exa., propor a presente

AÇÃO DE ASSENTAMENTO DE REGISTRO TARDIO DE ÓBITO

Do Sr. Antônio Pereira Filho, brasileiro, comerciante, falecido, portador do RG nº 3.396.557 – SSP/PB, inscrito no CPF sob o nº 760.695.914-53, pelos fundamentos fáticos e razões de direito adiante delineados:

1. PRELIMINARES

1. 1. DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

Requer a concessão do benefício da **JUSTIÇA GRATUITA** em favor da autora, uma vez que ela não possui condições de arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, conforme dispõe o inciso LXXIV do art. 5º da CF/1988 e o art. 2º, caput e parágrafo único, da Lei nº 1.060/50.

1.2. DO ENDERECO





**Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cruz do Espírito Santo**

Processo n.º: 0800177-10.2018.8.15.0291

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[Registro de Óbito após prazo legal]

AUTOR(ES):

Nome: LENICE DO NASCIMENTO
Endereço: SÍTIO AGUA FRIA, S/N, ZONA RURAL,
CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000

Advogado do(a) AUTOR: MARIA LUCINEIDE DE
LACERDA SANTANA - PB11662-B

RÉU(S):

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
Endereço: SÍTIO AGUA FRIA, S/N, ZONA RURA
CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000

Advogado do(a) RÉU:

SENTENÇA

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Do presente feito,

O(s) autor(es), já qualificado(s) nos autos e identificado(s) no campo acima, ingressaram com a presente ação de Retificação de Registro de Civil objetivando corrigir equívoco em registro público.

Apresentou prova suficiente para a comprovação do erro. O Ministério Público, instado a se pronunciar, deu parecer favorável a parte requerente.

É o relatório. Decido.

O pedido é procedente, visto que se comprovou o erro mediante a prova dos autos. Os documentos que instruem a inicial são suficientes para a comprovação do alegado, de forma de o pedido deve ser deferido.

Verifico, ainda, que não existem quaisquer indícios de que a parte autora esteja promovendo a correção do registro com finalidade ilícita.

Pelo exposto, atento ao que mais dos autos constam e princípios de direito aplicáveis à espécie, julgo procedente o pedido, determinando por conseguinte, que seja expedido mandado ao Cartório de Registro Civil competente para proceder o assentamento do registro de óbito na forma indicada nesta decisão.

Do cumprimento imediato.

Por tratar-se de procedimento voluntário, sem interesses contrapostos, e por não haver impugnação do Ministério Público, inexistente interesse recursal, devendo a sentença ser cumprida imediatamente.

ESCANEADO
EM 11/04/2019



MANDADO DE ASSENTAMENTO DE REGISTRO DE ÓBITO

A presente sentença servirá de **MANDADO DE REGISTRO DE ASSENTAMENTO DE REGISTRO CIVIL DE ÓBITO**, dispensando a expedição de novo documento, como forma de economia e celeridade processual, direcionado ao Oficial do Cartório de Registro Civil onde residia o falecido, no caso o Cartório do registro civil de Cruz do Espírito Santo/PB, para que proceda com o assentamento do registro civil de óbito nos termos dessa decisão.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO n° 24491761-2. Falecido: Antônio Pereira Filho, data do óbito: 26.07.2016, data de nascimento: 03.09.1969.

Anexo ao presente mandado, que será encaminhado pela própria parte autora, seguirá o documento original de declaração de óbito.

Caso a parte seja representada pela Defensoria Pública, o cumprimento desta decisão deverá ser feito com a remessa de uma via desta sentença/mandado pelo Oficial de Justiça com a determinação de intimar a parte autora para encaminhar ao cartório a Declaração de Óbito original e a via desta sentença/mandado para que seja providenciado o registro.

Caso a parte seja representada por advogado particular, o cumprimento desta decisão deverá ser feito diretamente pelo advogado promovendo a impressão de uma via desta sentença/mandado, entregando-a a parte autora para encaminhar ao cartório a Declaração de Óbito original e a via desta sentença/mandado para que seja providenciado o registro.

Nos termos do artigo 98, IX do CPC, caso a parte autora seja beneficiária da justiça gratuita, após o registro deverá ser fornecida uma via gratuita da certidão de óbito.

Custas e taxa judiciária *ex vi legis*. Sem honorários.

P. R. I.

Cruz do Espírito Santo, 14 de abril de 2019.

Eduardo R. de O. Barros Filho

Juiz de Direito

A autenticidade do presente documento poderá ser verificada na forma usual do PJE através do site abaixo, preenchendo no campo "número do documento" o número indicado abaixo do código de barra ou indicado como número de documento com 29 dígitos.

<http://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

ESCANEADO
EM 1/1



TJPB
VJB01V12

PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA
SISTEMA DE CONTROLE DE PROCESSOS

Delegacia 32541587
Cruz do Espírito Santo.
22/11/2016
11:33:02

DADOS RESUMIDOS DE PROCESSO

Nº Processo: 0000509-78.2016.815.0291 ATIVO Nº Siscôm: 0000000000000-0
Classe: INQUERITO POLICIAL
Assunto: CRIMES DE TRANSITO.
Comarca: CRUZ DO ESPIRITO SANTO Vara: VARA UNICA DE CRUZ DO ESPIRITO

Valor Causa: 0,00
Distribuição: 30/09/2016

Justiça Gratuita: NAO

Vítima : ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF 76069591453

Ultimos movimentos [localizador: A DEPOL]
13/10/2016 AUTOS ENTREGUES EM CARGAVISTA A MINISTERIO PUBLICO 13/10/2016 MP
18/10/2016 RECEBIDOS OS AUTOS 17/10/2016
18/10/2016 JUNTADA DE PETICAO PETICAO (OUTRAS) REQUERIMENTO MP

F3 RETORNA F4 EXTRATO F5 IMPR SEGREDO F6 IMPR TELA F7 PUBLICAÇÕES F9 ENCERRA
*** SEM ADVOGADOS NO PROCESSO.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN PB Nº 012624333202

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM 2016 01084251938 19881 EXERCICIO

1 01084251938 000000000 2016

HILDSON

57883661

QFJ1524/PB

NOVO

205363

PAS/MOTOCICLETA

GASOLINA

HONDA/POP 1101

2016 2016

2 V/109 /CT

PARTIC

VERMELHA

IPVA PAGO EM

27/07/2016

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

0

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IPVA (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

27/07/2016

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

JOAO PESSOA

41947

DATA

29/07/2016

PB Nº 012624333202

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCICIO

2016

DATA EMISSÃO

29/07/2016

CNPJ / CNPJ

57883661434

PLACA

QFJ1524/PB

MARCA / MODELO

01084251938

HONDA/POP 1101

ANO FAB

2016

QF JARF

9

Nº CHASSI

9C2JB0100GR205333

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IPVA (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO (R\$)

PAGO

PAGAMENTO

COTA UNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

27/07/2016

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7003781-1550277-20160729

9102-161

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA ENERGIA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA
 ADMINISTRAÇÃO NACIONAL DE ENERGIA ELÉTRICA

RESERVAÇÃO DO REGO BRUNET

00860656888

010.367.614-62

01/07/1981

MICHELLE RODRIGUES DO REGO

00860656888

23/08/2024

01/10/1989

PARAIBA

1838562642

RESERVAÇÃO DO REGO
 AV. SINESIO GUIMARÃES, 111 - ARCADE TORRE
 1.240 PESSOA (PB CEP: 58045-400/AG 1)

Logradouro: MONOFÁSICO

Categoria: RES VTC 017 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL

Ratário: 5-8-40-4700

Métrica: 0000000000

Referência: 00000000

Emissão: 01/02/2019

ener

SAFESIA PARA DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA

Br. 10 Km 25, Centro, Redenção, João Pessoa/PB - CEP: 58071-100

CPF: 00.000.000/0001-90 - N.º de Est.: 00.000.000

N.º de Est.: 00.000.000/0001-90 - N.º de Est.: 00.000.000

Local para 045 Automático: 00013224

Conta referente a: **10/12/2019**

Apresentação: **10/12/2019**

Data prevista para próxima leitura: **09/01/2020**

CPF: 00.000.000/0001-90

Conta de contato:

Atenção: Os dados desta conta são para fins informativos. Para mais detalhes, consulte o site ou o novo número de conta.

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

Conta de contato:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DI.P.53

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Valdénia Ferreira de Macedo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VANDALISMO DO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3167347 DATA DE EXPEDIÇÃO 13 OUT 2003

NOME VALDÊNIA FERREIRA DE MACEDO

FILIAÇÃO José Ferreira de Oliveira
Maria das Neves de Macedo

NATURALIDADE Cuite-PB DATA DE NASCIMENTO 19.01.1982

DOC ORIGEM Cert. N-asc. 10378 Fls. 160 Liv. A-11 Cert. Cuite-PB

CPF

Assinatura do Diretor

BRASIL LIVRE DA FURCA

CELENT 116 DE 200383



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

079.237.554-85

VALDENIA FERREIRA DE MACEDO

19/01/1982



Exercices

10/10/2008 10:57 AM / RESIDENTIAL - RESIDENTIAL
Times 5 - 1 - 13 4730 Reference 10/1/2010
Order 100334828 Emission 10/01/2010

FRANCISCA MARIA DISTRIBUIDORA: FRANCISCA MARIA
E-120, Km 25 - Ctra. Redondo - San Rafael, P.R. 00750 P.R.
CNP 286 095 103/000-40 - WAGNER 10 00 00 N

Rua Foz de Iguazu de Energia Elétrica, 1105 - 1105-1105
 Cód. para Doc. Automático: 06015049334

Acesse: www.energia.com.br

Apresentação

Data prevista da próxima leitura
05/02/2020

CPF/ CNPJ/ RANI
9.237.554-85

UC (Unidade Consumidora):

5/1906938-4

Canal de contato

Canal de c...

[illegible]

Mejores últimos meses: 2005-1

VENCIMIENTO

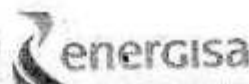
15/01/2020

TOTAL A PAGAR

RS 61.12

History of Consumer Risk

33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60



Ulagad MONSIEUR
 Diocèse de MONTREAL - PAROISSIALE - LAURENCE
 Diocèse de MONTREAL - PAROISSIALE - LAURENCE
 Diocèse de MONTREAL - PAROISSIALE - LAURENCE
 Diocèse de MONTREAL - PAROISSIALE - LAURENCE

本報地址：台北市中山路131號
 電話：(02) 2511-1111
 傳真：(02) 2511-1111
 郵政信箱：10001
 廣告部：(02) 2511-1111
 發行部：(02) 2511-1111

Cod. par. Dir. Aut. 0042706

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	19/06/2019	22/07/2019	552.718.044-53

UC (Unidade Consumidora): 5/440704-5

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE (disponível em: www.aneel.gov.br)
nº 0.436 de 28 de abril de 2002.
Inclui-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL, Selo mais verde
tudo por HIV/AIDS!

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letura	Data	Letura						
12/05/18	31506	3/06/18	31559						
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
		Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
0001	Consumo 315 315WVBR	93,000	0,297393	8,83	0,27	5,35	0,53	0,08	0,49
0001	Consumo 315 100WVBR	72,000	0,635540	34,04	0,54	27	0,22	0,56	0,37
0001	Consumo 101 220WVBR	190,000	0,746300	18,83	0,63	27	0,30	0,63	0,88
0503	Consumo 40 220WVBR	50,000	0,322550	48,35	49,35	27	13,32	43,25	0,53
0601	Adm. B. Arrend			1,35	1,35	27	0,38	1,35	0,01
0610	Subsídio			49,35	49,35	27	13,32	43,25	0,53
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO LUXO PUBLICA			22,34	1,00	0	0,01	0,43	0,03
0604	LJROS DE VOTA 25/02/18			0,83	0,00	0	0,00	0,25	0,00
0605	MULTA 05/2018			0,38	0,00	0	0,00	0,25	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 25/2/18			0,07	0,00	0	0,00	0,02	0,00
0708	Divulgação Eleitoral			33,00	0,00	0	0,00	0,33	0,00

Código de Classificação do Item	TOTAL	227,26	232,35	62,60	232,00	3,98	11,50
Taxa de Trabalho: A1630MW - 0,102680	A1610KWH - 0,330260	A16230KWH - 0,485420	A1646230KWH - 0,550460				

Média últimos meses (R\$ mil)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
304	28/06/2019	R\$ 227,26

Histórico de Consumo (kWh)

244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

RESERVADO AO FISCO

a3f2 ba8e c8d7 68ba a8a4 5b4e 357d 3911

Indicadores de Qualidade 4/2019 - Base

Composição do Consumo

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
D.C. MENOR	11,04	10,97	
D.C. MENOR	22,09		22,09
D.C. MAIOR	41,78		
P.C. MENOR	7,74	7,39	
P.C. MENOR	15,48		15,48
P.C. MAIOR	30,96		
D.C. R	6,58	6,10	
D.C. R	13,16		

Diagramas	Valor 1981	%
Diagrama 100% de Control	12.35	100.00
Diagrama 99% de Control	0.39	3.16
Diagrama 98% de Control	0.24	1.95
Diagrama 97% de Control	0.12	0.98
Diagrama 96% de Control	0.06	0.49
Diagrama 95% de Control	0.03	0.24
Total	127.22	100.00

Downloaded from <http://ajph.org/> on June 11, 2015

ATENÇÃO

* Sua unidade é faturada como **Deixa Rendo**, tendo um desconto de R\$100,00

Estuvas em avaria

BANCO DO BRASIL - CAIXA DE PENHORAS - S.A. - C.A. Nº 1.000.000-00

02180 50009 02634 912008 02978 185179 9 79340000022726

[illegible]

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

João do Nascimento Pereira, brasileiro, solteiro,
inscrito no R.G. 3.698.476 e CPF 173.757.934-89, residente
e domiciliado na Rua Sílvia Aguiar Faria, s/n, Zona
Rural, Cruz das Almas, CEP 58370-000

OUTORGADA(S): MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 11.662-B; LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, Advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.301-B; LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625; RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.903; DANIELY SOUSA DOS SANTOS, brasileira, casada, inscrita no CPF sob o nº 052.336.864-06; EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.105; LAISA MAÍRA DINIZ BARBOSA, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 19.637; RANNIERE MATILDE DA COSTA, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; GILDMAR PEREIRA DE LIMA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018; DANIELLY MELO ALVES, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; GERMANA CAVALCANTI DE ALMEIDA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384; RAYANNE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; KELLY SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO, brasileira, casada, advogada com inscrição complementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÉGO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; YURI JAMES CARNEIRO BRUNET, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358; THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685 todos com escritório na Av. Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Para representá-lo(a) junto à todas autarquias previdenciárias, dentre eles, principalmente: INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV – PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE BAYEUX/PB E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT S/A; para tratar de assuntos de seu(s) interesse, com os poderes para assinar requerimento(s) e outro(s) documento(s), requerer a concessão, restabelecimento ou Revisão de Benefício previdenciário, FAZER NIT, FAZER AGENDAMENTO DE BENEFÍCIO, requerer CNIS, INFEN, HISMED, FICHA FINANCEIRA, CARTA DE CONCESSÃO OU INDEFERIMENTO DE BENEFÍCIO, obter vistas em procedimento(s) administrativo(s), RECORRER DOS PROCESSOS DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS, utilizando de todos os recursos legais, por fim, praticar todos os atos em direito permitidos para fiel cumprimento dos poderes outorgados neste instrumento.

João Pessoa/PB, 18 de setembro de 2019.

João do Nascimento Pereira
OUTORGANTE

Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral



Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pe

(83) 3241-6957 / 5

E-mail: joaopessoa.pb@lac

Site: www.lacerdasar

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de
JOÃO DO NASCIMENTO PEREIRA
Em test. da verdade. Sape PB 05/07/2019 15:37:04
Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrivã
[2019-005071]JENIL:R\$ 89,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPEN:R\$ 1,73
SELO DIGITAL: A1UW8586-ATM
Empreço a autenticidade no sistema eletrônico

CARTÓRIO UNI
Serying Lúcia M. Felício
Tabelião Substituto
Maria de Fátima Castro Su
Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pe
Fone: (83) 3241-6957 / 5
CEP 58340-000-Sape



LACERDA SANTANA
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Renato do Nascimento Pereira, brasileiro, solteiro,
inscrito no RG 3698466 e CPF 173.026.734-24,
residente e domiciliado no Sítio Água Fria, s/n,
Zona Rural, Cruz do Espírito Santo/PB

OUTORGADA(S): MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 11.662-B; LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, Advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.301-B; LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625; RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.903; DANIELY SOUSA DOS SANTOS, brasileira, casada, inscrita no CPF sob o nº 052.336.864-06; EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.105; LAISA MAÍRA DINIZ BARBOSA, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 19.637; RANNIERE MATILDE DA COSTA, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; GILDMAR PEREIRA DE LIMA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018; DANIELLY MELO ALVES, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; GERMANA CAVALCANTI DE ALMEIDA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384; RAYANNE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; KELLY SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO, brasileira, casada, advogada com inscrição complementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÊGO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; YURI JAMES CARNEIRO BRUNET, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358, THIAGO DE ATAÍDE BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685 todos com escritório na Av. Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

PODERES: Para representá-lo(a) junto à todas autarquias previdenciárias, dentre eles, principalmente: INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV – PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE BAYEUX/PB E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT S/A; para tratar de assuntos de seu(s) interesse, com os poderes para assinar requerimento(s) e outro(s) documento(s), requerer a concessão, restabelecimento ou Revisão de Benefício previdenciário, FAZER NIT, FAZER AGENDAMENTO DE BENEFÍCIO, requerer CNIS, INFEN, HISMED, FICHA FINANCEIRA, CARTA DE CONCESSÃO OU INDEFERIMENTO DE BENEFÍCIO, obter vistas em procedimento(s) administrativo(s), RECORRER DOS PROCESSOS DOS PROCESSOS ADMINISTRATIVOS, utilizando de todos os recursos legais, por fim, praticar todos os atos em direito permitidos para fiel cumprimento dos poderes outorgados neste instrumento.

João Pessoa/PB, 07 de dezembro de 2019

Renato do Nascimento Pereira

OUTORGO



Feliciano da Silva
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRO

CARTÓRIO ÚNICO

Severina Lúcia M. Feliciano Sá

Interventora Substituta

Assessor: Juarez Pinheiro Gusmão

Rua: Rua João Pessoa, 1746

João Pessoa - PB

Av. Com. Benito Ribeiro Coutinho, 1746

João Pessoa - PB

CEP: 58.013-420

Telefone: (31) 3333-3163

E-mail: joao@joao.com.br

Site: www.joao.com.br

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João

(83) 3241-6957

E-mail: joao@joao.com.br

Site: www.lacerda

Reconheço, como autêntica a verdadeira, (s) 11/12/2019

RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA

Em test. da verdade. Sape-PB 05/07/2019 15:40:24

Vandirle Cavalcante de Freitas Santos - insc. 1.98

(2019-00/072) EML:R\$ 89,91 - FAPEN:R\$ 0,29 - FEPJ:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: A1U68567-LAWI

Confira a autenticidade em: https://selodigital.tioh.jus.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059290/20

Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

CPF: 113.151.924-89

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 26/07/2016

CPF de: Representante

Titular do CPF: JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA : 113.151.924-89

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

RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA : 113.026.734-24

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: 12/02/2020
Nome: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO
CPF: 072.139.414-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO