

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

Rio de Janeiro, 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.

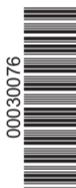
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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

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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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



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

Rio de Janeiro, 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: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nif do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

Antônio Pereira

6 - CPF: 113.026.734-24

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

571

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sítio Rurado

12 - Cidade:

Cruz do Esp. Sato

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56300-000

(83) 3292-0304

15 - E-mail:

pereiraausone@bol.com.br

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR R\$1.00 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: Brasil

AGÊNCIA: 1268CONTA: 57.486

4

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do

Óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compaheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

residuo (lixivacel)?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

 Sim Não

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

MORTE

34

Impressão

digital da

assinatura

homenageado

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: Antonio Pereira Filho	6 - CPF: 173.751.844-89		
7 - Profissão: Aposentador	8 - Endereço: Setor Águas Fria	9 - Número: 5111	10 - Complemento:
11 - Bairro: Lote Rural	12 - Cidade: Cruz do Esp. Santo	13 - Estado: PB	14 - CEP:
15 - E-mail: previdenciario@liderseguro.com.br	16 - Tel (DDD): (83) 3332-0304		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR.	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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: 000287 50 9

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (herdeiro): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que sua 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
digitalizada
última da
beneficiária
não alfabetizada

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

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

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

38 - 1º | Nome: Waldemar F de Macedo
CPF: 079.337.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Fernanda Fernandes de Figueiredo
CPF: 040.267.814-02

Fernanda Fernandes de Figueiredo
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa / PB 09/12/19

Morte da Vítima/Antônio Pereira Filho

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

OCORRÊNCIA:

8348551

Comunicação:

C2035064

Encerrada

STATUS DA OCORRÊNCIA:

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1301485 - PEDRO JOSÉ PINHEIRO CARNEIRO	Data/Hora do Acidente (hora local): 26/07/2016 05:30	IBR: 222	KM: 515
Município/UF: SANTA RITA/PI	Tipo de Acidente: Saída da Pista	Sentido da Via: Crescente	
Fase do dia: Amanhecer	Sexta	Restrições de Visibilidade: Inexistente	Condição meteorológica: Céu Claro
Sinalização existente: Vertical, horizontal	Sinalização luminosa: Inexistente		
Houve danos ao patrimônio da União? <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data e horário da solicitação:		
Houve solicitação de perícia? <input checked="" type="checkbox"/> Não	Data e horário do:		
A perícia compareceu ao local do sinistro? <input checked="" type="checkbox"/> Não			

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de ferreiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDICÃO DA RODOVIA:

Uso do Solo: Rural	Estado de Conservação: Bom	Ocupação: Livre	Largura (m): 2
Existe acostamento? Sim	Estado de Conservação: Bom	Hé desnível? Não	É pavimentado? Sim
Possui barreiras? Não existe	Possui meio-fio? Não existe	Possui sarteia?	
Existe canteiro central? Sim	Estado de Conservação: Bom	Largura (m): 1	Tipo de Inclinação: Plano
Obstáculo no Cruzamento: Não		Estado de Conservação do Obstáculo: Bom	
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom	Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom	Tipo: Dupla	Qtd. de Faixas: 2
Cerca: Conservada	Perfil: Em nível	Curva Vertical: Não Existe	Superfiação: 100%
Tipo de Pavimento: Asfalto	Tracado: Sim		
Superlargura: Não	Largura da Pista (m): 2	Entulhamento: Não Existe	

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/08/2016 09:44:06
NÚMERO DE CONTROLE: d16e016320765411



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

OCORRÊNCIA: 83485517

83485517

C2035064

Encerrada

• STATUS DA OCORRÊNCIA:

CROUT

QCA Preferences



LEGENDA

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| Automóvel | Tren |
| Veículo Trator | Conjugado |
| Pedestre | Objeto Fixo |
| Ponto B | Ponto A |
| Ponto P | Porto A |
| Ponto C | Antes da Colisão |
| Ônibus | Marca de Freagem |
| Animal | Veículo Avante |
| Capotagem | Reboque/Semi-reboque |
| Caminhão | Triângulo de Atenção |
| Tombamento | Veículo de 2 ou 3 rodas |
| Incêndio | Marcha à Frente |
| Local da Colisão | Palhaçamento ou Derrapagem |
| Marcha à ré | Depois da Colisão |
| Placa de Trânsito | |

• 100% 100% 100%

1040 0055218-43

Latitude do Ponto C:

Longitude do Ponto C:

Referência do Ponto B: |

Distância AB (m)

Distância AC (m):

Distância SC (m):

Digitized by srujanika@gmail.com

Narrativa da Ocorrência

APÓS VERIFICAÇÃO DE VESTIGIOS NO LOCAL DO ACIDENTE CONSTATAMOS QUE O V1, HONDA/PCP 1PLACAS DE COR VERMELHA, SAIU DA STRADA VINDO TOMBAR EM SEGUIDA.

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/08/2016 09:44:08
NÚMERO DE CONTROLE: df8e6b53207854b1

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: 9C2100106GR206133 | Renavam: _____
Marca/Modelo: | Cor: VERMELHA | Ano: _____ | Tipo: Motocicletas | Emplacamento: _____
Ocupantes: 1 | Espécie: Passageiro | Categoria: Párticular | 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: Outras | Saída de Pista? Sim | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Não Houve | Incêndio? Não

Marcas de Frangos (m): 10,0 | 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: _____ | Descrição do Encaminhamento: _____

Município/UF: _____

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1 | POP VERMELHA | Nome/Apellido: ANTONIO PEREIRA FILHO | Data de Nascimento: 03/09/1968 | Sexo: Masc. Incl. | Estado Civil: Não Informado

Nome do Pai: _____ | Nome da Mãe: LUZIA PEREIRA DA SILVA | Endereço: SITIO JOÃO PAIMUNDO | CEP: _____

Município/UF: CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PR | Telefone(s): _____ | Celular: _____

Grau de Inabilitação: _____ | Naturalidade: BRASIL | Ocupação Principal: _____ | Orgão Expedidor: _____

Naturalizado: _____ | Documento de Identificação: _____ | Destino: _____ | Origem: _____

Estado Físico: Moto | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Não Aplicável | Usava Capacete? Sim | Existia Declaração em Anexo? Não | Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Transcrição da Declaração:

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

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

Tipo de Receptor: _____ | Responsável pela Recepção: _____ | Data/Hora da Recepção (hora local): _____ | Documento do Responsável: _____

Município/UF: _____ | Descrição do: _____ | Motivo: _____

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

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

NUMERO DE CONTROLE: df3e6b5020755431



RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMEILHADOS

Veículo:	V1	Placa:	
Nome do Agente/Assinatura:	PEDRO JOSÉ PIMENTA CARNEIRO	Nº BOAT:	83485517
Registro/Matrícula do Agente:	1301485	Data:	26/07/2016 05:30
Item Descrição - Componentes Não Estruturais			
1	Guidão, suas fixações e comandos nele instalados.	Valor	SIM X NÃO
2	Sist. de freio dianteiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, cabos, acionamentos, pinças, tambor, disco, etc)	2	X
3	Amortecedor(dianteiro) (adesivação no 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, pinças, tambor, disco, pedal, etc)	2	X
9	Pedais de apoio do condutor e passageiro	1	X
10	Bagageiro traseiro desmontado (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(es) dianteiro(s)	3	X
C	Chassi (defomções, deformamentos, rompimentos, etc.)	3	X
D	Garfo traseiro (defomções, desv.inhármos, rompimentos, etc.)	3	X
Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NÃO"			

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo

- Dano de Pequena Monta: soma de 10 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NÃO" desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- Dano de Média Monta: soma de 15 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NÃO" desde que não tenham sido identificados nenhum componente estrutural.
- Dano de Grande Monta: que não deve ser assinalado com "X" ou "NÃO" pois os mesmos componentes estruturais, independentemente da soma deles os pontos.

Observações:

Quando o condutor estiver danificado assinalar com um "X" e colar "SIM".

Quando o condutor não estiver danificado, ou não houver condutor, assinalar com um "X" e colar "NÃO".

Caso não tenha sido possível assinalar com "X" ou "NÃO" devido a ausência de componentes estruturais, informar no campo de observações.

SIM = Item identificado no acidente

NÃO = Item não identificado ou Não Existe

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



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(s) 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 dezassess

DIA

MÊS

ANO

26

07

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 Grave, 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 -este 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 levado 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.

Certidão de Registro Civil de Pessoas Naturais

Maria Edmée Melo Gomes

Distrito de Cruz do Espírito Santo-PB

Rua Epitácio Pessoa N° 12 - Centro Distrito de Cruz do Espírito Santo, Cruz do Espírito Santo-PB - CEP 58337000 Fone: 83 3254-1161 E-mail: cartorio.cruzdoespiritosanto@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
Oficiala Substituta

Selo Digital: AIP87078-YEDS

Certidão de Registro Civil
Maria Edmée Melo Gomes
Titular
Rachel Gomes de Melo

Identificação	1. Tipo de óbito	2. Data de óbito	3. Hora	4. Cartão SUS	5. Naturalidade		
	1. Fetal 2. Não Fetal	2018-08-16	10:00		Município / Lugar de nascimento (informe País)		
Residência	6. Nome do Falecido	JOAQUIM PEREIRA VIEIRA					
	7. Nome do Pai	JOAQUIM PEREIRA VIEIRA				8. Nome da Mãe	
	9. Data de nascimento	10. Idade	11. Situação conjugal				
	03/09/1968	46	1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo				
	12. Escolaridade (última série concluída)	13. Nível	14. Sexo	15. Raça/Cor	16. Situação social		
	0. Sem escolaridade 1. Fundamental I (1º a 4º Série) 2. Fundamental II (5º a 8º Série)	3. Médio (antigo 2º grau) 4. Superior incompleto 5. Superior completo	6. Ignorado 7. Sócio 8. Indígena	9. Branca 10. Preta 11. Amarela	12. Separado judicialmente 13. Separado 14. União estável 15. Solteiro 16. Casado 17. Viúvo 18. Separado		
	19. Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	20. Número	21. Complemento	22. CEP	Código CBO 2007		
	23. Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	24. Número	25. Complemento	26. CEP			
	27. Bairro/Distrito	28. Código	29. Município de residência	30. Código	31. Código CNES		
	32. Local de ocorrência do óbito	33. Estabelecimento	34. Número	35. Complemento	36. CEP		
1. Hospital 2. Outros estab. saúde	3. Domicílio 4. Via pública 5. Aldeia 6. Indígena	7. Ignorado	8. Ignorado	9. Ignorado			
37. Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	38. Número	39. Complemento	40. CEP				
41. Bairro/Distrito	42. Código	43. Município de ocorrência	44. Código	45. Código			
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
46. Idade (anos)	47. Escolaridade (última série concluída)	48. Nível	49. Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregado)	Código CBO 2002			
50. Número de filhos vivos	51. Perdas fetais/abortos	52. N.º de semanas de gestação	53. Tipo de gravidez	54. Tipo de parto	55. Morte em relação ao parto	56. Peso ao nascer	57. Número da Declaração de Nascido Vivo
58. 1. Ignorado 59. Ignorado	60. 1. Ignorado 61. Ignorado	62. 1. 37 63. 2. 38 64. 3. 39 65. 4. 40 66. 5. 41 67. 6. 42 68. 7. 43 69. 8. 44 70. 9. 45	71. 1. Linha 72. 2. Dupla 73. 3. Tripla e mais	74. 1. Vaginal 75. 2. Cesáreo 76. 3. Ignorado	77. 1. Antes 78. 2. Durante 79. 3. Depois 80. 4. Ignorado	81. 1. Ignorado 82. 2. Ignorado	83. 1. Ignorado 84. 2. Ignorado
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRIL					85. Assistência médica	86. Necropsia?	
87. A morte ocorreu	88. 1. Na gravidez 2. No parto	89. 3. De 42 dias a 1 ano após o término da gestação	90. 4. Até 42 dias após o término da gestação	91. 5. Não ocorreu nestes períodos	92. 1. Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 2. Sim 3. Não 4. Ignorado	93. 1. Sim 2. Não 3. Ignorado	
CAUSAS DA Morte					DIAGNÓSTICO CONFIRMADO		
PARTE I					Assistência médica		
Obstétrica ou estado mórbido que causou diretamente a morte.					Tempo aproximado entre o início da doença e a morte		
CAUSAS ANTECEDENTES					CIC		
Estatutos mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.					Devido ou como consequência de:		
PARTE II					Devido ou como consequência de:		
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					Devido ou como consequência de:		
Médico					Devido ou como consequência de:		
Causas externas					Devido ou como consequência de:		
41. Nome do Médico	42. CRM	43. Óbito atestado por Médico	44. Município e UF do SVO ou IML				
45. Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46. Data do atestado	47. Assinatura					
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estatisticamente epidemiológico)					48. Fonte da informação		
49. Tipo	50. Ignorado	51. Acidente do trabalho	52. Ignorado	53. Ocorrência Policial N°			
1. Acidente 2. Suicídio	3. Homicídio 4. Outros	5. Sim 6. Não	7. Ignorado	8. Hospital 9. Família 10. Outra			
VII					Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência		
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA					11. Via pública 12. Endereço de residência 13. Outro endereço	14. Estabelecimento 15. Outros 16. Ignorado	
52. Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)					17. Número	18. Bairro	19. Município



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nif do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

Antônio Pereira

6 - CPF: 113.026.734-24

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

571

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sítio Rústico

12 - Cidade:

Cruz das Esp. Satis

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

54600-000

15 - E-mail:

pereiraausone@servidorinternet.net.br

16 - Tel.(DDD):

(83) 3292-0304

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:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1268CONTA: 57.486

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8CONTA: 4

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1268CONTA: 57.486

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8CONTA: 4

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compaheiro(a):

 Sim Não Nf

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

28 - Vítima

 Sim Nf

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos

Falecidos

30 - Vítima deixou

residuo (lixivacel)?

 Sim Nf

31 - Vítima

 Sim Nf

teve imóveis?

 Sim Nf

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou

 Sim Nf

pais/avós vivos?

 Sim Nf

34 - Impressiono 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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: Antonio Pereira Filho	6 - CPF: 173.751.844-89		
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: Sítio Águas Fria	9 - Número: 511	10 - Complemento:
11 - Bairro: Lote Rural	12 - Cidade: Cruz do Esp. Santo	13 - Estado: PB	14 - CEP:
15 - E-mail: previdenciario@liderseguro.com.br	16 - Tel (DDD): (83) 3332-0304		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR.	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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: 000287 50 9

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (herdeiro): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que sua 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
digitalizada
última da
beneficiária
não alfabetizada

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

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

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

38 - 1º | Nome: Waldemar F de Macedo
CPF: 079.337.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Fernanda Fernandes de Figueiredo
CPF: 040.267.814-02

Fernanda Fernandes de Figueiredo
Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019

João Pereira /PB 09/12/19
Morte da Vítima/Antônio Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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: 952796439
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 Matriz: 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

Oferta Conjunta Claro MIX	R\$	1.199,72
Claro Life Ilimitado, 500MB	R\$	-
Claro Life Ilimitado 5GB	R\$	-
Aplicativos Digitais	R\$	-
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. Comissões 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 de reclamação registrado 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

84800000012-0 | 64350221201-4 | 99903101518-3 | 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 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 ADERTA, 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 Araújo Brandaú
inscrito (a) no CPF/CNPJ 072134411-02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
fone de Francisco Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 113151954-89,
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

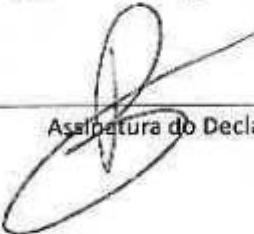
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Av. D. Pedro II</u>	Número:	<u>205</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:
E-mail:	<u>presidente@oliveiraventura.com.br</u>	Tel.(DDD):	<u>(83) 3330-0304</u>			

Local e Data:

João Pessoa/PB 15/01/10

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, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PRÉVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago do Ataíde Bicando
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 113 026 734, 24,
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>505</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>entre</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>		Estado: <u>PB</u>	
E-mail:	<u>presidente@laderseguradora.com.br</u>					Tel.(DDD): <u>(83) 3232-0304</u>

Local e Data:

João Pessoa/PB 15/01/10

Assinatura do Declarante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nif do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

Antônio Pereira

6 - CPF: 113.026.734-24

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

571

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Sítio Rústico

12 - Cidade:

Cruz das Esp. Satis

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

54600-000

15 - E-mail:

pereiraausone@servidorinternet.net.br

16 - Tel.(DDD):

(83) 3292-0304

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:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 1268CONTA: 57.486

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 8CONTA: 4

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do

Óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compaheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos

Falecidos

30 - Vítima deixou

residuo (lixivacel)?

 Sim Não

31 - Vítima

 Sim Não

teve imóveis?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos

Falecidos

33 - Vítima deixou

 Sim Não

pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

NÃO ALFABETIZADO

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

40 - Local e Data:

1000 Pessoas / PB 09/12/19
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: Antonio Pereira Filho	6 - CPF: 173.751.844-89		
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: Sítio Águas Fria	9 - Número: 511	10 - Complemento:
11 - Bairro: Lote Rural	12 - Cidade: Cruz do Esp. Santo	13 - Estado: PB	14 - CEP:
15 - E-mail: previdenciario@liderseguro.com.br	16 - Tel (DDD): (83) 3332-0304		

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR.	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: 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: 000287 50 9

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (herdeiro): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	---	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que sua 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
digitalizada
última da
beneficiária
não alfabetizada

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

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

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

38 - 1º | Nome: Waldemar F de Macedo
CPF: 079.337.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Fernanda Fernandes de Figueiredo
CPF: 040.267.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa/PB 09/12/19

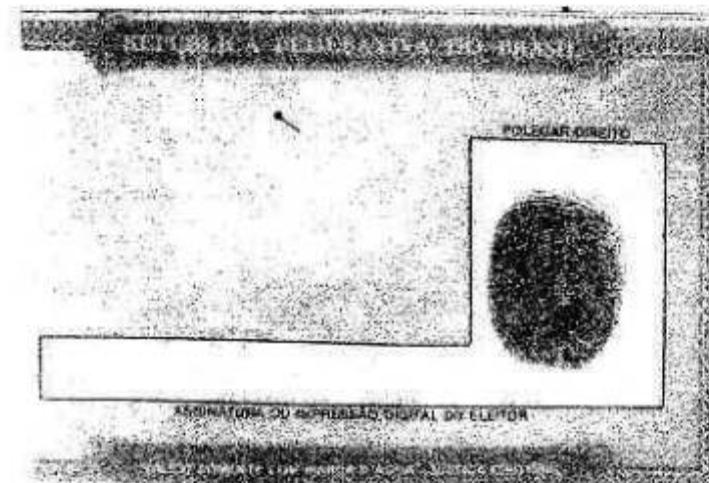
Morte da Vítima/Antônio Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
TÍTULO ELEITORAL	
NOME DO ELEITOR: ANTONIO PEREIRA FILHO	
DATA DE NASCIMENTO: 03/09/1968	N° SELEÇÃO: 0207 4250 1250
MUNICÍPIO: CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PI	DATA DE EMISSÃO: 21/12/2005
JUIZ: SINTONIA	
	







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
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 ODONTOLOGICA LEGAL

LAUDO CADAVÉRICO

Laudo nº 03.01.01.072016.05782

ANTONIO PEREIRA FILHO (Pauan)

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

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLICLÍNICO
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) 6^a DD de Santa Rita da 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, Nacionidade: brasileira, Estado civil: União estável, 46 anos, natural de: Santa Rita/PB, sexo: Masculino, filho/a de: ignorado e Fuzia 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 compleição física normolínea, apresentando obesidade e bom ~~estado~~ de conservação; trajando: camisa polo cor-de-rosa, bermuda branca, cueca bege; está em rigidez cadavérica e mostra livres violáceos de hipostase em dorso; estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos 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 genitálias externa. Apresenta escoriações em placa em face, tronco, membros e dorso do tronco. Não havendo fraturas.

II - INSPEÇÃO INTERNA: CAVIDADE CRANIANA: Após a incisão bimastóidea e rebatida do ~~folhetos~~ escrínio, foi constatado infiltrado ~~de~~ crânio, o(a) perito(a) observou sangramento ósseo 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 türlica e chegando até o médio à direita. CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecando os planos músculos-cutâneos das paredes, retirado o plastrão condro esternal, constatam-se ósos torácicos e abdominais íntegros.

EXAMES COMPLEMENTARES: Alcoolemia, 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 01
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? **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
Perito Oficial Médico Legal
Mat:157.394-2 CRM 5151/PB

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

NUCLEO DE LABORATORIO FORENSE DA 1^ª SRIPC
LABORATÓRIO DE TOXICOLOGIA DE JOÃO PESSOA



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: ~~Alcoolemia~~.

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 lavrar-se, foi encerrado o presente Laudo, viciado pelo perito abaixo assinado, com verso em branco, ficando dele cópia de igual teor arquivada e assinada neste Núcleo de Laboratório Forense da 1^ª 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

DAOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADÁVER		ARMA UTILIZADA	DATA	
<input type="checkbox"/> LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIADO <input type="checkbox"/> LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIADO <input type="checkbox"/> SVO / UNIDADE DE SAÚDE		<input type="checkbox"/> ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> ARMA BRANCA <input type="checkbox"/> OUTROS OBJETOS:	6/01/14 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 REFERENCIA		LATITUDE	LONGITUDE

DAOS DA VÍTIMA

NOME José		APELIDO Neto	
MÃE			
SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> IGNORADO		DATA NASCIMENTO	
CPF		COR DA PELE / ETNIA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA	

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

MATRÍCULANº _____

ORGÃO

- GRECRIM / NUCRIM PC
- UNIDADE DE SAÚDE SVO
- OUTRO _____

ASSINATURA

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME) **J. L. J. J.**

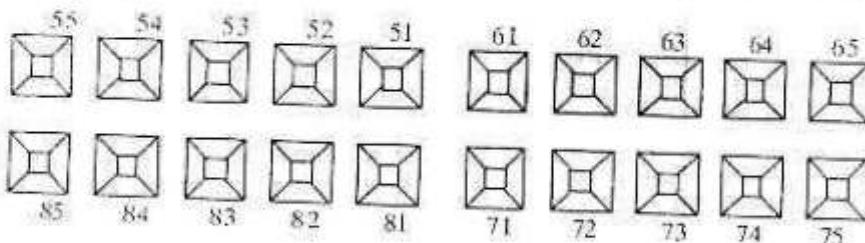
MATRÍCULANº **8**

ASSINATURA

CORPO ENCAMINHADO PARA

- GEMOL
- NUMOL _____

N.º 2016.1483



Legendas

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

Juliana Flores Viana

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
 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 ODONTOLOGICA LEGAL

C: 49831

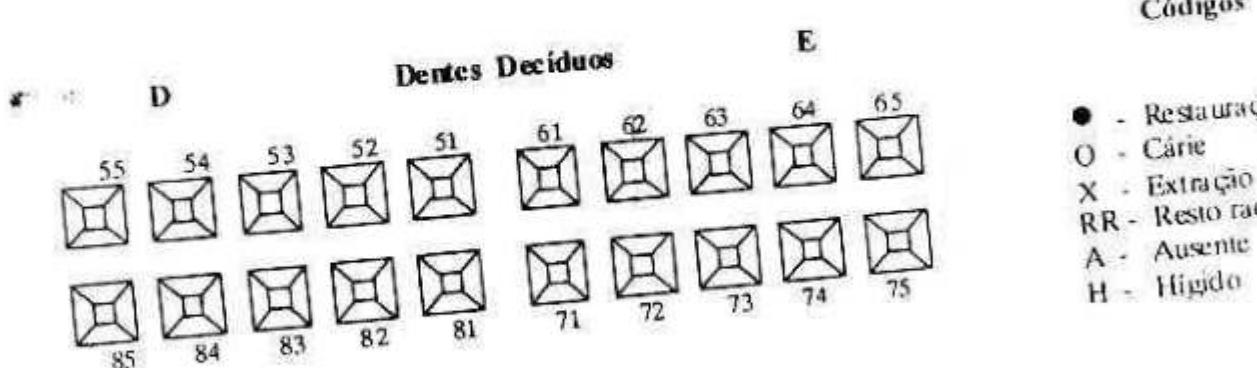
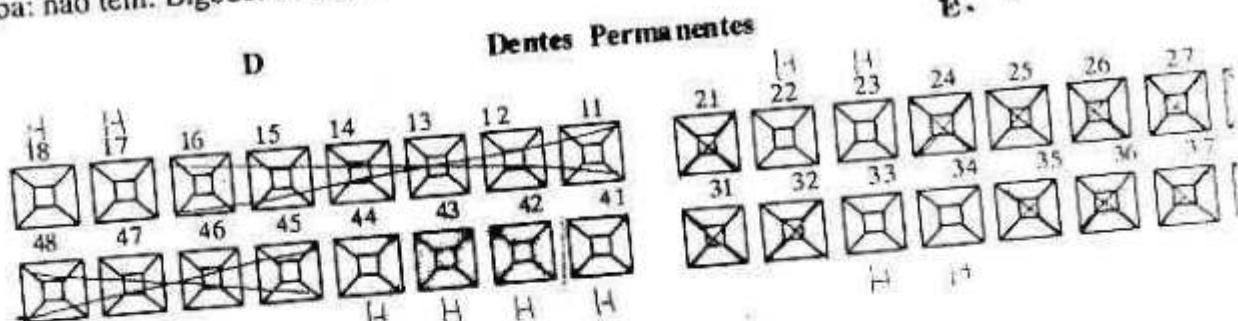
LAUDO TANATOSCÓPICO
 Secção de Odontologia

Data do exame: 26/07/2016 Hora do exame: 11:00

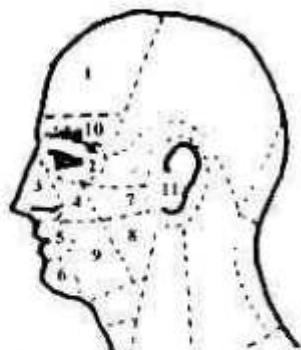
Órgão Requisitante: 6^a DD de Santa Rita. Nº da Solicitação: 377/16. Autoridade Solicitante: Pec Martins dos Santos. Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, 46 anos, filho(a) de: ignorado e de: Lu Pereira da Silva. Sexo: Masculino. Nacionalidade: brasileira. Natural de: Santa Rita/PB.

DADOS CARACTERÍSTICOS:

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



Malena Nordi 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 | |

DESCRÍÇÃO DO EXAME:

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

Milene Nortes Viana
Dr(a). Milene Nortes Viana
Perito Oficial Odonto -Legal
Mat: 156.296-7 CRO 2757/PB
Milene Nortes Viana
Perito Oficial Odonto -Legal
15624



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	<u>Petição Inicial</u>	Petição Inicial

ESCANEADO
EM / /

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 nº 1.986.951- SSP/PB, inscrita no CPF sob o nº 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 inclusivo, com escritório profissional localizado na Av. Dom Pedro II, nº 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 ENDEREÇO

ESCANEADO
EM





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: SITIO 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: SITIO AGUA FRIA, S/N, ZONA RURA
CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000

Advogado do(a) RÉU:

SENTENÇA

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

De presente feita,

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.

De cumprimento imediato.

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

EM
ESCANEADO



MANDADO DE ASSENTAMENTO DE REGISTRO DE ÓBITO

A presente sentença servirá de **MANDADO 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 nº 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 /



Assinado eletronicamente por: EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO - 16/04/2019 13:57:48, EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO - NÚM. 20543288 Pág. 120
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041714071829900000019983014>
Número do documento: 19041714071829900000019983014

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 Siscom: 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 Justiça Gratuita: NAO

Distribuição: 30/09/2016

Vitima : ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF 76069591453

[localizador: À DEPOL]

Ultimos movimentos 13/10/2016 AUTOS ENTREGUES EM CARGA/VISTA 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.





FERNANDA NASCIMENTO DO REGO
47 SINEUQUARAES 277 AP 401 TORRE
240 PESCAT FB DEP 1004-4007 AG 1

Ligação MONOFASICO
Cis/3Bm RGS VTC B17/RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Ratoer 5 - 46 - 46 - 4766 Referência Dat 66918
Medidor 33002228887 Emissao 10/2/2013

Entrega referente a: **dez/2019** Apresentação: **10/2/2019** Data de envio para a SEFAZ: **09/01/2020** CRÉDITO: **R\$10.361,814,42**

Fonte referência: 06/7/2018

0093112020

CHIPS 2001
10.357-514-02

Algunos de los más avanzados certificados tienen potentes mecanismos de validación y control para revisar las tarjetas.

	100.000 (R\$) CUSTOS CMS	PER 20/08/2013	PER 09/08/2013
0001 Consultoria e Assessoria	383.311,00 (3370)	311,37	311,37
0001.0001 B. Consultoria	15,34	15,34	21
0001.0001.0001 B. Consultoria	2,47	2,47	27
LANCAMENTO DE SERVIÇOS			
0001 CONTRATOS SERVIÇOS PÚBLICOS	18.50	1.77	7

Digitized by srujanika@gmail.com

CDI-Código de Clasificación de la Muerte - TOTAL

1712-05-14 10:00:00 - 1712-05-14 10:00:00

318 1 420 368 312 125 1 501 1 420 316 271 435 289 204

RESERVADO AO RISCO
daa714d3-eb84-2bd8-647b-1626-c821-bb61

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
	Últimos 30 dias	Ativado	Último de Teste	Discriminação	Valor (R\$)
CD-MINIST	10,00	INICIAL	220	Benefícios de CSE e Encargos FPF	84,52
CD-TRIMESTRAL	10,00	INICIAL	220	Comissão de Energia	111,73
CD-ANUAL	20,00	INICIAL	220	Benefícios de Transição	12,52
CF-ANUAL	2,00	0,00	CONTATADA	Encargos Sintetizados	3,78
CF-TRIMESTRAL	8,00	0,00	CONTATADA	Impostos Diretos e Encargos	126,14
CF-ANUAL	12,45	0,00	CONTATADA	Outros Benefícios	0,00
TRAC	2,85	0,00	CONTATADA	Total	346,62
DCR	12,22	0,00	CONTATADA		





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

079.237.554-85

VALDENIA FERREIRA DE MACEDO

19/01/1962

ELDENIA FERREIRA DE MACEO
VALTROX 1807 AP 205, 3 DOSETADAS
04520-000 CEP 06301-000 (42) 3

MICRO: VENDEIRAS 00
End: RUE VITÓRIA RESIDENCIAL, RESIDENCIAL
Torres 2, 1, 13, 470 Referência: 101/2020
Cidade: GOIAS 06300-000 Emissor: 08/01/2020

energisa

ENERGISA FERREIRA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
E 120, Km 25 - Crepazinha - 036 - Ponta Grossa - PR - 84750-100
CNPJ: 0056 077/020-40 - IE: 0049-000-6

Site Fical: www.energisa.com.br
Għid ja-Dei, Automatizar: 0800 520 5334

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Jan / 2020	08/01/2020	05/02/2020	079.237.554-85

UC (Unidade Consumidora): 5/1906938-4

Canal de contato

Ativar em 12h a regularização dos contatos em sistema, conforme
o ato de autorização de energia é feito no site www.energisa.com.br

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
2012/0	08/01/2020	845	72	72

Demonstrativo						
001. Consumo kWh	10,01,3,6,155,90	17,30	07,38	29	14,34	87,48
001. Ativ. B. Ativada		14	14	25	0,35	1,41
001. LANCAMENTO SEEPv/CCS		128	0,00	3	3,20	32,72
001. CONTRIBUICAO P. PUBLICA						3,70

Consumo de gás (m³): TOTAL: 51,12 - 20,77 - 14,69 - 50,77 - 0,50 - 2,70
Consumo de óleo: 0,865400

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	15/01/2020	RS 61,12

Consumo de gás (m³)	Consumo de óleo (L)
33	84
72	14
71	14
82	80
70	1
55	25

JOAO ANTONIO DO NASCIMENTO
ST AGUA FRIA, SIN - AREA RURAL
CRUZ DO ESPRITO SANTO / ES CEP: 29033-000 (AG 2)

1966 MONOGRAM
Dose: 400 mg. B. 400 mg. C. 400 mg. D.
Dose: 100 mg. B. 100 mg. C. 100 mg. D.

energisa

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	552.718.044-63

51 (Unidade Consumidora) 57440704-5

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leritura	Data	Leritura						
11/05/13	31500	31/05/13	31500						
Demonstrativo									
CDI	Descrição	Quantidade	Saldo (1)	Valor	Variação	Altura	Consumo	Consumo	Consumo
				Unidade	TELETRIB/ICMS/IR/ICMS		Periodo	RE	11/05/2013 (4.856)
0001	Consumo 110,500KVA-BR	33.000	0,297393	8,63	8,63	27	7,33	8,63	0,00
0001	Consumo -31 a 100KVA-BR	70.000	0,183540	34,94	34,94	27	9,33	34,94	0,32
0001	Consumo -101 a 200KVA-BR	120.000	0,146300	88,80	88,80	27	33,00	88,80	0,00
0001	Consumo Até 100KVA-BR	50.000	0,182011	48,35	48,35	27	10,33	48,35	1,52
0001	Adic. B. Avaria			1,35	1,35	27	0,39	1,35	0,00
0010	Subsídio			48,35	48,35	37	13,33	48,35	0,00
ENCARTEAMENTOS SERVIÇOS									
0007	CONTRIBUIÇÃO LUCRATIVIDADE		22,34	0,00	0	0,00	0,43	0,33	0,00
0004	IRPF DE VENDETE		7,82	0,00	3	0,75	0,25	7,82	0,00
0005	VALOR-25-2013		9,38	0,00	1	0,00	0,00	9,38	0,00
0005	ATUAZÃO MONETÁRICO-2013		0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0006	DEVALUACAO DOLAR		-0,09	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCJ Código de Classificação do item: TOTAL 227,26 232,39 62,80 232,00 2,00 11,50
 Total da Taxa: A11000000-A11000000-0330260-A11000000-0485493-Antes de 2200000-0550460

MÉDIA ÚLTIMOS MESES (KWH)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
304	28/06/2019	RS 227,26

RESERVADO AD F1500
a3f2 ba8e c8d7 68ba:a8a4.5b4e.357d.3911

Indicadores de Qualidade			4/2019-Baix	Composição do Consumo
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
0,050000	0,04	0,07		
±1,75%TRIMESTRAL	22,93	NGM30	220	
±1,75%ANUAL	22,98			
FC TRIMESTRAL	7,74	0,03	0,03	
FC TRIMESTRAL	5,48	0,03	0,03	
FC ANUAL	76,08	0,03	0,03	
QWIC	8,56	0,10	0,10	
				Totais
				221,23
				100

ATENÇÃO  **VALORES EM R\$**
Preços sujeitos a alterações. Preços especiais, temporários, descontos, entre outros, não são considerados.

• 316.271.0288 | www.commodorephysio.com | info@commodorephysio.com

00190 00009 02624 912008 02978 185179 9 79340000022726

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

Jairo do Nascimento Pereira, brasileiro, solteiro, inscrito no RG 3.698.476 e CPF 173.151.934-89, residindo e domiciliado na Rua Sétia Áqua Fria, 517, 2000-000, Centro, Cidade de João Pessoa, CEP 58037-000

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 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 suplementar 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 ATAIDE 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, INFBEN, 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.

Jairo do Nascimento Pereira
OUTORGANTE



FELICIANO DA SILVA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

CARTÓRIO UNICO
Severino Lúcio M. Fel. sub-
Tabelião Substituto

Tabelião Substituto

Severino Lúcio M. Fel. sub-

Tabelião Substituto

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

OUTORGANTE: Pessoal do Niranito Paineiro, brasileiro solteiro, nascido no mês de Agosto no ano de 1968, com CPF 173.026.734-24, residente e domiciliado no Sítio Agua Fria, S/N, Zona Rural, Cruz do Esp. Conde/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 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 suplementar 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 ATAIDE 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 MUNÍCIPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV – PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNÍCIPIO 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, INFBEN, 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.

a) Punto de verificación ferroviario

OUTORG/

Feliciano da Silva
Técnico Notarial e Registrador

F

FELICIANO DA SILVA
Serviço Notarial e Registrário

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João
(83) 3241-6957
E-mail: joaopessoa.pb@
Site: www.lacerda

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

Titular do CPF: JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

CPF de: Representante

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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