



Número: **0801556-89.2020.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **29/06/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LENICE DO NASCIMENTO (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34608 318	22/09/2020 14:56	<a href="#">2750404_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------	--

<b>Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)</b>	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

Pag. 00151/00152 - carta\_03 - MORTE

00030076



Carta nº 15518341



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 14:56:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092214561152900000033089328>

Número do documento: 20092214561152900000033089328

Num. 34608318 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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.

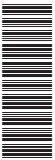
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01861/01862 - carta\_01 - MORTE

00010931



Carta nº 15518342





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

Rio de Janeiro, 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:

<b>Autorização de pagamento</b>	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.
<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
<b>Documentos de identificação do(s) herdeiro(s) legal(is)</b>	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

Carta nº 15518343

Pag. 00153/00154 - carta\_03 - MORTE

00030077





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01863/01864 - carta\_01 - MORTE

00010932



Carta nº 15518344





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

---

**Rio de Janeiro, 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

Pag. 00637/00638 - carta\_16 - MORTE



Carta nº 16030307





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

---

**Rio de Janeiro, 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

Pag. 00639/00640 - carta\_16 - MORTE



Carta nº 16030308





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

Renato do Nascimento Pereira

6 - CPF:

993.026.734-24

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Barro Verde

12 - Cidade:

Cruz do Espírito Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

renato.pereira@bandeiranteira.com.br

16 - Tel.(DDD):

(83) 3330-0304

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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 (todas as bancas)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

1263

03

CONTA:

57.486

04

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atenda 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 a 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou com panheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome:

Valdineia F. de Fátima

CPF:

039.237.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

Renato do Nascimento Pereira

CPF:

010.363.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

1ººº Pessoa/PB 09/12/19

Renato do Nascimento Pereira

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

João do Nascimento Pereira

6 - CPF:

173.751.924.89

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Cruz do Esp. Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

pereira.joao@luciano.com.br

16 - Tel (DDD):

(33) 33-0304

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

00028750

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (s) (resort)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - 1ª Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa/PB 09/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

OCORRÊNCIA: 8348551  
Comunicação: C2035064  
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1301485 - PEDRO JOSE PIMENTA CARNEIRO Data/Hora do Acidente (hora local): 26/07/2016 05:30 IBR: 720 KM: 51,5  
Município/UF: SANTA RITA/PB Tipo de Acidente: Saída de Faixa Sentido da Via: Crescente  
Fase do dia: Amanhecer Condições da Pista: Seca Restrições de Visibilidade: Inexistente  
Sinalização existente: Vertical, Horizontal Sinalização luminosa: Inexistente Condição meteorológica: Céu Claro  
Houve danos ao patrimônio da União? Não Data e horário da solicitação:  
Houve solicitação de perícia? Não Data e horário de:  
A perícia compareceu ao local do sinistro? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO:

Houve danos ao patrimônio de terceiros? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS:

Houve danos ao ambiente? Não

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE:

CONDIÇÃO DA RODOVIA:

Uso do Solo: Rural Tipo de Localidade: Não edificada  
Existe acostamento? Sim Estado de Conservação: Bom Há desnível? Não É pavimentado? Sim Largura (m): 2  
Possui defesa? Não existe Possui meio-fio? Não existe Possui sarjeta?  
Existe canteiro central? Sim Estado de Conservação: Bom Largura (m): 2 Tipo de inclinação: Plano  
Obstáculo ao Cruzamento: Médio Estado de Conservação do Obstáculo: Bom  
Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom Ocupação: Livre  
Cerca: Conservação Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom Tipo: Dupla Qtd. de Faixas: 2  
Tipo de Pavimento: Asfalto Perfil: Em nível Traçado: Reto Curva Vertical: Não Existe Superelevação: 11,4%  
Superlargura: Não Largura da Pista (m): 2,0 Estreitamento: Não Existe

TEXTO DESCRITIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA:

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/08/2016 09:44:05  
NÚMERO DE CONTROLE: 018e6b502076c411





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

OCORRÊNCIA: 83465517

Comunicação: C2035064

STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUI

Local Preservado

LEGENDA

Automóvel	Trem
Veículo Trator	Cougar
Pedestre	Objeto Fixo
Ponto B	Ponto A
Ponto P	Antes da Colisão
Ponto C	Marca de Freio
Ônibus	Veículo Ausente
Animal	Reboque Semi-reboque
Capotagem	Triângulo de Amostragem
Caminhão	Veículo de 2 ou 3 rodas
Tombamento	Marcha à frente
Incêndio	Pavimentação ou Deslizamento
Local de colisão	Depois da Colisão
Marcha ré	
Piso de Trânsito	

← CAMPINA GRANDE-PB

JOÃO PESSOA-PB →

Latitude do Ponto C: \_\_\_\_\_ Longitude do Ponto C: \_\_\_\_\_

Referência do Ponto A/A': \_\_\_\_\_ Referência do Ponto B: \_\_\_\_\_

Distância AB (m): \_\_\_\_\_ Distância AC (m): \_\_\_\_\_ Distância BC (m): \_\_\_\_\_

VEÍCULO	P1	DISTÂNCIA P1-A (m)	DISTÂNCIA P1-B (m)	P2	DISTÂNCIA P2-A (m)	DISTÂNCIA P2-B (m)

Narrativa da Ocorrência

APÓS VERIFICAÇÃO DE VESTÍGIOS NO LOCAL DO ACIDENTE CONSTATAMOS QUE O V1, HONDA PCF, PLACAS DE COR VERMELHA, SAÍU DA PISTA VINDO À TOMBAR EM SEQUIDA.

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

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

NÚMERO DE CONTROLE: df8eb653207654b1







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

OCORRÊNCIA: 83485517  
Comunicação: C2035064  
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V1 Descrição: POP VERMELHA Chassi: 9C2J00100GR295333 Renavam:  
Marca/Modelo: Cor: VERMELHA Ano: Tipo: Motocicletas Emplacamento:  
Ocupantes: 1 Espécie: Passageiro Categoria: Particular  
Proprietário: CPF/CNPJ:  
Endereço: CEP:  
Município/UF: Telefones:  
Celular:

COMBINAÇÃO DE VEÍCULO DE CARGA

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

CIRCUNSTÂNCIA DO VEÍCULO

Manobra do Veículo no Acidente: Outros Saida 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 Frenagem (m): 0,0 Estado dos Pneus: Bom  
Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: Houve Derramamento de Carga? Não Extensão dos Danos: Montada: Real-R5  
Valor Total da Carga: R\$0,00 Produto Perigoso:  
Descrição da Carga:

ENCAMINHAMENTO DO VEÍCULO

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

CONDUTOR ENVOLVIDO

Veículo: V1 POP VERMELHA  
Nome/Apellido: ANTONIO PEREIRA FILHO  
Data de Nascimento: 03/09/1969 Sexo: Masculino Estado Civil: Não Inquirido  
Nome do Pai:  
Nome da Mãe: LUZIA PEREIRA DA SILVA CEP:  
Endereço: SÍTIO SÃO RAIMUNDO  
Município/UF: CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PE Telefones: Celular:  
Grau de Instrução: P. Superior Completo  
Naturalidade: Nacionalidade: BRASIL Ocupação Principal:  
CPF: 760.895.914-53 Documento de Identificação: Órgão Expedidor:  
Origem: Destino:  
Estado Físico: Morto Socorrido pela PRF? Não Usava Cinturão? Não Aplicável Usava Capacete? Sim  
Existe Declaração em Anexo? Não Havia Vestígio de Ingestão de Alcool? Negativo  
Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilitado? Não Categoria CNH: Registro CNH: Primeira Habilitação:  
Validade CNH: País CNH: Dormiu? Não Km Percorridos: Horas Dirigindo: 02:00  
Pertences:  
Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/09/2016 09:44:08  
NÚMERO DE CONTROLE: df8e6b502075e4b1





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

OCORRÊNCIA: 83485517  
Comunicação: G2036054  
\* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMBELHADOS

Veículo: V1  
Nome do Agente/Assinatura: PEDRO JOSE PIMENTA CARNEIRO  
Registro/Matrícula do Agente: 1301485  
Placa:  
Nº BOAT: 83485517  
Data: 26/07/2016 05:30

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

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

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o dano que corresponde ao dano do veículo.

- ☒ Dano de Pequena Montante: até 12 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenha sido danificado nenhum componente estrutural.
- ☐ Dano de Média Montante: acima de 12 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NA", desde que não tenham sido danificados os componentes estruturais.
- ☐ Dano de Grande Montante: quando o veículo assinalado nas colunas "SIM" e "NA" não foi danificado estruturalmente, independente do somatório dos pontos.

Observações:

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

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

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

SIM = Item danificado no acidente.

NAO = Item não danificado no acidente.

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

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/09/2016 09:44:08  
NÚMERO DE CONTROLE: d19e6b50207854b1





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## Certidão de Óbito

NOME:

Antonio Pereira Filho

CPF

--- NADA CONSTA ---

MATRÍCULA:

0698070155 2019 4 00007 128 0004463 52

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, 47 anos

NATURALIDADE

Santa Rita-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG nº: 3396557 SSP-PB

ELEITOR

SIM - Nº 020242501260, Zona: 3 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinte e seis de julho de dois mil e dezesseis

DIA

26

MÊS

07

ANO

2016

LOCAL DO FALECIMENTO

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

CAUSA DA MORTE

Traumatismo Crânio Encefálico 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 - deste Município, Cruz do Espírito Santo-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Luciana Cavalcante Trindade - CRM: 5151

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 03/08/2019, no Livro C-00007, Nº 4463, folha 128. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 244917612. O falecido era solteiro e deixou três filhos, sendo um menor de idade.

Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais

Maria Edméa Melo Gomes

Distrito de Cruz do Espírito Santo-PB

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

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

*Rachel Gomes de Melo*  
Rachel Gomes de Melo  
Oficial Substituta

Selo Digital: AIP87078-YEDS

*Maria Edméa Melo Gomes*  
Maria Edméa Melo Gomes  
Titular  
Rachel Gomes de Melo







República Federativa do Brasil  
Ministério da Saúde

2ª VIA - CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL

Declaração de Óbito

24491761-2

I	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> 1 Fetal <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não Fetal	2 Data do óbito 03/09/2020	3 Cartão SUS	4 Naturalidade SANTA RITA
	5 Nome do Falecido UNIO PEREIRA FILHO			
	6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe LUCIA PEREIRA DA SILVA	
	8 Data de nascimento 03/09/1967	9 Idade Anos completos: 46 Meses: 00 Dias: 00 Horas: 00 Minutos: 00	10 Sexo <input type="checkbox"/> M. Maso <input checked="" type="checkbox"/> F. Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado	11 Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela
12 Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada				
II	13 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	
	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA LUIZ CARLOS		16 CEP 51420-000	
	17 Bairro/Distrito CENTRO		18 Município de residência ESPÍRITO SANTO	
	19 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena		20 Estabelecimento Código CNEC	
III	21 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) BR 230 - KM 59		22 CEP 51420-000	
	23 Bairro/Distrito CENTRO		24 Município de ocorrência ESPÍRITO SANTO	
	25 Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros 2 <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde 4 <input type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena		26 Estabelecimento Código CNEC	
	27 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) BR 230 - KM 59		28 CEP 51420-000	
IV	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	29 Idade (anos) 27		30 Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	
	31 Número de filhos vivos 99		32 Número de semanas de gestação 99	
	33 Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais		34 Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo	
V	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL			
	35 A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação		36 Recobrou assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	37 Causas da morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		38 Diagnóstico confirmado? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
	39 Anote somente um diagnóstico por linha a) TRAUMATISMO POR ACIDENTE b) DOENÇA CRÔNICA c) INFECÇÃO DE TRÓFICO d) OUTRO		39 Tempo aproximado entre o início da doença e a morte C/D	
VI	40 Nome do Médico SUELIO MOREIRA TORRES		41 CRM 51420-000	
	42 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 21000000		43 Data do atestado 03/09/2020	
	44 Assinatura SUELIO MOREIRA TORRES		45 Obito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVD 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro	
	46 Nome do Médico SUELIO MOREIRA TORRES		47 CRM 51420-000	
VII	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)			
	48 Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros		49 Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra	
	50 Descrição sumária do evento ACIDENTE		51 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 9 <input type="checkbox"/> Ignorada	
	52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA LUIZ CARLOS		53 Número 51420-000	









## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

João do Nascimento Pereira

6 - CPF:

173.751.924.89

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Cruz do Espírito Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

pereira.joao@luciano.com.br

16 - Tel (DDD):

(33) 33-0304

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

00028750

9

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) resorço?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - 1ª Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Valdemir F. de Macedo

079.337.554-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Fernando Nascimento do Espírito Santo

030.667.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa/PB 09/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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](http://www.claro.com.br/empresas)  
Visite nosso site: [www.claro.com.br](http://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 Matr.: 40.432.544/0001-47  
CNPJ Filial: 40.432.544/0064-20

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

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

**Veja aqui o que está sendo cobrado**

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

**Total a Pagar** R\$ 1.264,35

**Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.**

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

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

Autenticação Mecânica:

Para uso do banco:



**Claro**

**Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.**

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

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

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



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





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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=29635>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 ILCÍITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Thiago de Ataíde Brandão

inscrito (a) no CPF/CNPJ

072134414, 02

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

José do Nascimento Pereira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 113151914, 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>705</u>	Complemento:	
Bairro:	<u>Antônio</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>procedimentos@plombagem.com.br</u>			CEP:	
				Tel. (DDD):	<u>(83) 3232-0304</u>

Local e Data:

João Pessoa/PB 15/01/20

Assinatura do Declarante

DI/DRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 14:56:14

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092214561152900000033089328>

Número do documento: 20092214561152900000033089328

Num. 34608318 - Pág. 18



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Ataíde Brandão

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

Renato do Nascimento Pereira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.026.734 / 24

do sinistro de DPVAT cobertura monte da Vítima Antônio Pereira Filho

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

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Local e Data:

João Pessoa PB 15/01/20

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antônio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

Renato do Nascimento Pereira

6 - CPF:

993.026.734-24

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Barro, Rural

12 - Cidade:

Cruz do Espírito Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

renato.pereira@bandeiranteira.com.br

16 - Tel.(DDD):

(83) 3332-0304

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECLUIR INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATE R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, 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:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

1263

03

CONTA:

57.486

04

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atenda 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 a 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou com panheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

☐ Sim

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

34

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: Valdeir F. de Fátima

CPF: 039.237.559-85

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

1º de Maio de 2019

Renato do Nascimento Pereira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Antonio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:

João do Nascimento Pereira

6 - CPF:

273.751.924-89

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Água Fria

9 - Número:

514

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Zona Rural

12 - Cidade:

Cruz do Espírito Santo

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

pereira.joao@luciano.com.br

16 - Tel (DDD):

(33) 33-0304

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☒ CONTA POUPANÇA

(Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

000287509

AGÊNCIA:

☐

CONTA:

☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou assinatura (arresado)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

37 - 1ª Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

079.337.554-85

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

030.267.814-02

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa/PB 09/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR  
**ANTONIO PEREIRA FILHO**

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

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

JUIZ ELEITORAL

*[Assinatura]*

CARTÃO DE IDENTIDADE

NÃO ATUALIZADO

*[Assinatura]*

ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*[Assinatura]*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALOR EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

REGISTRO GERAL

NOME: **ANTONIO PEREIRA FILHO**

PRECAÇÃO: **Iuzia Pereira da Silva**

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

NATURALIDADE

**Cerc. Base. N.º 0099. Fls. 13. Liv. A-08. Cart. Cruz do E. Santo-Pb.**

CPE

*[Assinatura]*

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 1966







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 06

*Jairo do Nascimento Pereira*

CARTeira DE IDENTIDADE

RESOLUÇÃO 807/2004

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**113.151.924-89**

Nome  
**JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA**

Nascimento  
**15/09/1991**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.698.476 DATA DE EXPEDIÇÃO 27/08/2008

NOME **JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA**

FILIAÇÃO **ANTONIO PEREIRA FILHO**  
**LENICE DO NASCIMENTO**

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

DOC ORIGEM **NASC.N.13043 FLS.94 LIV.A14**

OFF **CARTORIO CRUZ.DO E. SANTO PB**

*Jairo do Nascimento Pereira*

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

**NOME**  
 THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

**PLACA**  
 TOLSTOI DA SILVA BRANDAO  
 MARIA SALETE DE ATAIDE BRANDAO

**NACIONALIDADE**  
 JOAO PESSOA-PB

**DATA DE NASCIMENTO**  
 29/06/1987

**CPF**  
 072.138.414-02

**DATA DE EXPIRACAO**  
 14/03/2012

**COPIA**  
 2943598 - SSP/PB  
 DOMICILIO EM BRASAO E TELEFONO  
 NAO

*Carla Regina de Almeida*  
 COORDENADORA-GERAL DO CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
 PRESIDENTE


**TEM FE PUBLICA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL** 10181870

**USO OBRIGATORIO**  
 IDENTIFICACAO CIVIL PARA TODOS OS FINS LEGAIS  
 (Art. 1º da Lei nº 4.741/65)

**THIAGO DE ATAIDE BRANDAO**  
 10181870

**10181870**



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

## LAUDO CADAVERÍCO

Laudo nº 03.01.01.072016.05782

ANTONIO PEREIRA FILHO ( Pereira )

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

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



ANTONIO PEREIRA FILHO

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

C: 498316

## LAUDO TANATOSCÓPICO

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

**HISTÓRICO:** Vítima de acidente de trânsito.

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

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

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

**II - INSPEÇÃO INTERNA:** CAVIDADE CRANIANA: Após a incisão bimastróideia e rebatido escalo, foi constatado infiltrado de sangue nos folhetos. Abóbada craniana com fraturas ósseas em região frontal à esquerda. No interior da caixa craniana, o(a) perito(a) observou sangramento encefálico difuso. Retirado o encéfalo e ressecado a dura-máter, a base do crânio apresenta-se com fratura oblíqua que ia do andar superior esquerda, passando pela sela túrcica e chegando até o a médio à direita. CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecando planos músculos-cutâneos das paredes, retirado o plastrão condro esternal, constatam-se os torácicos e abdominais íntegros.

**EXAMES COMPLEMENTARES:** Alcoolémia, cujo resultado foi negativo, conforme com 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 quesitos:

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



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





**LAUDO PERICIAL Nº 02.01.31.072016.2496**  
**QUANTIFICAÇÃO DE ETANOL EM SANGUE HUMANO**

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

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

**1) HISTÓRICO:**

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

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

Número de registro no LATOX: 487/2016.

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

Tipo de amostra biológica coletada: Sangue.

Material colhido do cadáver de: ANTONIO PEREIRA FILHO.

Data da coleta: 26/07/2016.

Número do Laudo Cadavérico: 03.01.01.072016.05782.

**2) MATERIAL RECEBIDO NO LATOX PARA ANÁLISE:**

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

**3) EXAME:**

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

**4) RESULTADO:**

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

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

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

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

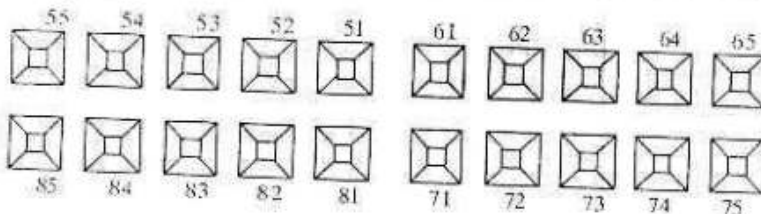
*Ticiano Pereira Barbosa*

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





<b>DADOS DA OCORRÊNCIA</b>	<b>ORIGEM DO CADAVER</b> <input type="checkbox"/> LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIAADO <input type="checkbox"/> LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIAADO <input type="checkbox"/> SVO / UNIDADE DE SAÚDE		<b>ARMA UTILIZADA</b> <input type="checkbox"/> ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> ARMA BRANCA <input type="checkbox"/> OUTROS OBJETOS:		<b>DATA</b> 16/01/2020 <b>HORA</b> 14:00
	<b>LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA</b> (via pública, residência, bar, etc.)		<b>LOGRADOURO</b> (rua, avenida, rodovia, etc.)		
	<b>NÚMERO</b>	<b>COMPLEMENTO</b> (APTO, SALA, ANDAR, ETC.)		<b>BAIRRO</b>	
	<b>LOCALIDADE / COMUNIDADE</b>			<b>MUNICÍPIO / UF</b>	
	<b>PONTO DE REFERÊNCIA</b>			<b>LATITUDE</b>	<b>LONGITUDE</b>
<b>DADOS DA VÍTIMA</b>	<b>NOME</b> Joaquim		<b>APELIDO</b> Mota		
	<b>MÃE</b>				
	<b>SEXO</b> <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> IGNORADO	<b>DATANASCIMENTO</b>	<b>IDADE APARENTE</b>	<b>IDENTIDADE</b>	
	<b>CPF</b>	<b>COR DA PELE / ETNIA</b> <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA			
<b>RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO</b>  <b>MATRÍCULA N°</b>  <b>ORGÃO</b> <input type="checkbox"/> GRECRIM / NUCRIM <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> OUTRO		<b>DELEGADO DE POLÍCIA (NOME)</b>  <b>MATRÍCULA N°</b>  <b>ASSINATURA</b>  <b>CORPO ENCAMINHADO PARA</b> <input type="checkbox"/> GEMOL <input type="checkbox"/> NUMOL		<b>N° 2016.1483</b>	
<b>ASSINATURA</b>					



- Legend:**
- - Restauração
  - O - Cárie
  - X - Extração
  - RR - Resto radicular
  - A - Ausente
  - H - Hírido

*Publio Floriano Viana*

*16/01/2020*



ANTONIO PEREIRA FILHO

Laudo nº: 03.01.01.072016.05782

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

C: 49831

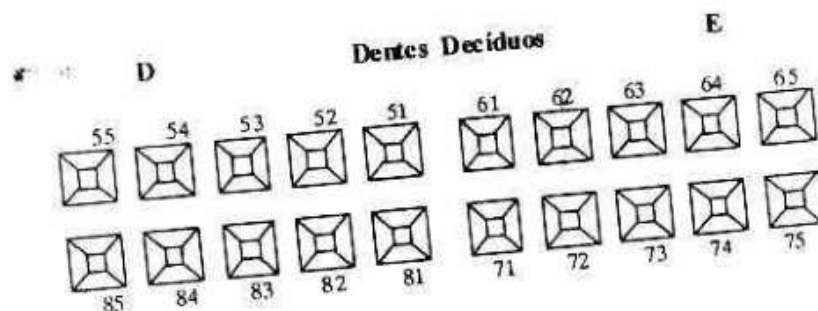
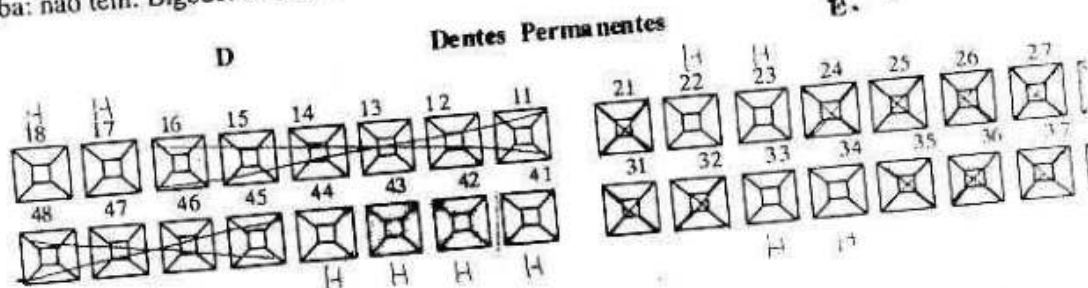
**LAUDO TANATOSCÓPICO**  
Seção de Odontologia

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

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

**DADOS CARACTERÍSTICOS:**

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



**Códigos**

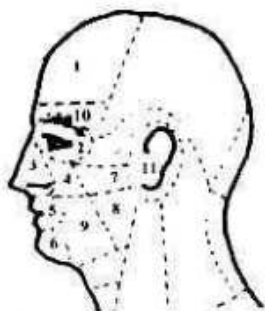
- - Restauração
- O - Cárie
- X - Extração
- RR - Resto radicular
- A - Ausente
- H - Higiado

*Marlene Nardi Viana*



ANTONIO PEREIRA FILHO

Laudo nº: 03.01.01.072016.05782



REGIÕES DA FACE

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

DESCRIÇÃO DO EXAME:

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

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

11/11/2020  
Perito Odontológico  
15626





07/12/2019

Número: 0800177-10.2018.8.15.0291

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Cruz do Espírito Santo**

Última distribuição : **19/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 954,00**

Assuntos: **Registro de Óbito após prazo legal**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LENICE DO NASCIMENTO (AUTOR)		maria lucineide de lacerda santana (ADVOGADO)	
ANTONIO PEREIRA FILHO (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
14904476	19/06/2018 10:57	Petição Inicial	Petição Inicial

ESCANEADO  
EM 1/1



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

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

**AÇÃO DE ASSENTAMENTO DE REGISTRO TARDIO DE ÓBITO**

Do Sr. Antônio Pereira Filho, brasileiro, comerciante, falecido, portador do RG n.º 3.396.557 – SSP/PB, inscrito no CPF sob o n.º 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 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**

ESCANEAR  
EM



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 19/06/2018 10:55:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18061910554066100000014541014>  
Número do documento: 18061910554066100000014541014

Num. 14904476 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 14:56:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092214561152900000033089328>  
Número do documento: 20092214561152900000033089328

Num. 34608318 - Pág. 34



**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):**

**RÉU(S):**

Nome: LENICE DO NASCIMENTO

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

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO

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

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

Advogado do(a) RÉU:

**SENTENÇA**

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária.

Do presente feito,

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

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

É o relatório. Decido.

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

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

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

Do cumprimento imediato.

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

ESCANEADO  
EM 11/04/2019



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

Num. 2009221456115290000033089328 - Pág. 17/0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 14:56:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092214561152900000033089328>  
Número do documento: 20092214561152900000033089328

Num. 34608318 - Pág. 35

## MANDADO DE ASSENTAMENTO DE REGISTRO DE ÓBITO

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

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

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

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

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

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

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

P. R. I.

Cruz do Espírito Santo, 14 de abril de 2019.

**Eduardo R. de O. Barros Filho**

Juiz de Direito

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

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

ESCANEADO  
EM 1/1



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

Num. 20092214561152900000033089328 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 14:56:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092214561152900000033089328>  
Número do documento: 20092214561152900000033089328

Num. 34608318 - Pág. 36

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

TJPB  
VJB01V12

PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA  
SISTEMA DE CONTROLE DE PROCESSOS

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  
Distribuição: 30/09/2016

Justiça Gratuita: NAO

Vitima : ANTONIO PEREIRA FILHO  
CPF 76069591453

Ultimos movimentos

[ localizador: A DEPOL ]

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.







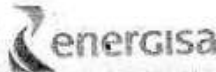








Num. 34608318 - Pág. 42

[illegible][illegible]

Kod gsm 011. Automaatno. 0020442706

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	19/06/2019	22/07/2019	552.719.044-63 Igreja Eilat

UC (Unidade Consumidora) 5/440704-5

### Canal de contato

7. Infa Socio de Energia Elétrica - 7SEED foi criada pela Lei nº 0.436 de 28 de abril de 2002.  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA GRÁTIL. Saiba mais em: [saude.gov.br/vacinabrasil](http://saude.gov.br/vacinabrasil)

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Letura	Data	Letura						
12/05/18	9146	9/06/18	9276						
Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Out. Atq.	Out. Rótul	Fuel	Out. Pneu	Out. Cid
		Produtos	R\$	CM\$	CM\$		R\$	CM\$	CM\$
0001	Consumo 316 350km-BR	93,00	0,297390	8,83	8,83	27	7,35	0,63	0,63
0001	Consumo -316 100km-BR	70,00	0,463540	34,54	34,54	27	8,22	0,58	0,57
0001	Consumo - 101 e 220km-BR	120,00	0,746350	89,53	90,53	27	33,60	0,83	0,80
1501	Consumo a mais 220km-BR	50,00	0,922550	46,25	49,25	27	13,32	0,48	0,59
3631	Adic. B. Anivers			1,35	1,35	27	0,38	1,35	0,81
0610	Subsídio			49,35	49,35	27	13,32	0,48	0,48
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTRIBUIÇÃO ILUM.PUBLICA			22,34	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MORA INDEB.			8,89	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	MULTAS 2018			8,88	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0605	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 2017/18			0,07	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0708	Despesa Diversa			139,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

Código de Classificação do Item	TOTAL	227,26	232,09	82,82	232,09	3/96	11,50
Taxa de Tributos: Alíq. 30% IPI - C. 192880 - Alíq. 10% IPI - C. 330260 - Alíq. 22% IPI - C. 485425 - Alíq. 22% IPI - C. 485460							

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

**Histórico de Consumo (kWh)**

244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

RESERVADO AO FISCO

a3f2 ba8e c8d7 68ba a8a4 5b4e.357d.3911

Indicadores de Qualidade 4/23/9 - Base

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
OLIMPIA	1,34	1,17	
ELCTROSELE	22,99		MEMBR
ELCTROSELE	4,78		
ELCTROSELE	7,74	3,23	CONTRATAC
ELCTROSELE	15,48		LIMITE INFER
ELCTROSELE	36,08		LIMITE SUPER
OLIMPIA	8,58	8,13	
OLIMPIA	10,00		

Computerized - 10.1 Computer

Diagnosis	Value 1981	%
Primary B cell lymphoma	13.33	12.12
Secondary B cell lymphoma	6.67	6.06
Primary T cell lymphoma	6.67	6.06
Secondary T cell lymphoma	3.33	3.03
Immunoblastic lymphoma	16.67	15.15
Castleman's disease	3.33	3.03
<b>Total</b>	<b>50.00</b>	<b>100.00</b>

Page 16 of 20 (Page 4 of 5)

## ATENÇÃO

**Estados em 2004**

\* Sua unidade foi faturada como Base Renda, tendo um desconto de R\$100,00.

BANCO DO BRASIL - Agência Porto Alegre - Av. 15 de Novembro, 1200 - 91060-000 - Porto Alegre - RS

2000年12月31日 星期三



LACERDA SANTANA  
ADVOCACIA

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

João do Nascimento Pereira, brasileiro, solteiro,  
inscrito no RG 3.698.476 e CPF 173.757.934-89, residente  
e domiciliado na Rua Sítio Água Fria, s/n, 2ª  
Paralela, Cruz da Esp. Santa, CEP 58370-000

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

**PODERES:** Para representá-lo(a) junto à todas autarquias previdenciárias, dentre eles, principalmente: INSS – INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL, IPM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA DO MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA/PB, PBPREV – PARAIBA PREVIDÊNCIA, IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA AO SERVIDOR PÚBLICO NO MUNICÍPIO DE BAYEUX/PB E SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DE SEGURO DPVAT S/A; para tratar de assuntos de seu(s) interesse, com os poderes para assinar requerimento(s) e outro(s) documento(s), requerer a concessão, restabelecimento ou Revisão de Benefício previdenciário, FAZER NIT, FAZER AGENDAMENTO DE BENEFÍCIO, requerer CNIS, 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.

João do Nascimento Pereira  
OUTORGANTE



Feliciano da Silva  
Serviço Notarial e Registral

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pe  
(83) 3241-6957 / S

E-mail: joaopessoa.pb@lac  
Site: www.lacerdasar

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de FELICIANO DA SILVA, Tabelião Substituto, em 18/09/2019, às 15h37m, em test. da verdade, Sape-PB, 05/07/2019, 15:37:00. Vândice Cavalcante de Freitas Santos - Escrivã [2019-005071] JEMURB 19.91 - FAPENB 0.29 FEPB 0.93. SELO DIGITAL: A1U68586-ATM. Confirma a autenticidade no sistema centralizado.

**CARTÓRIO UNI**  
Governo do Estado da Paraíba  
Tabelião Substituto  
Feliciano da Silva  
Rua Cel. Benito Ribeiro Coutinho  
Fone: (83) 3283-2341/9215  
CEP 58340-000-Sape

LACERDA SANTANA  
A 0 2 0 0 4 2 8

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:**

OUTORGANTE: Penal de Norberto Pereira, brasileiro solteiro,  
inscrito no RG 3698466 e CPF 173.026.734-24,  
residente e domiciliado no Sítio Lagoa Fria, s/n,  
Zona Rural, Cruz das Espr. Santo/PB

**OUTORGADA(S):** MARIA LUCINEIDE DE LACERDA SANTANA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 11.662-B; LUIZ SANTANA DE LIMA, brasileiro, casado, Advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.301-B; LARISSA MARIA LACERDA SANTANA, brasileira, solteira, inscrita na OAB-PB sob o nº 23.625; RICARDO HENRIQUE CANTALICE HARDMAN, brasileiro, solteiro advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 14.903; DANIELY SOUSA DOS SANTOS, brasileira, casada, inscrita no CPF sob o nº 052.336.864-06; EDNA DE LOURDES LEITE BRASILINO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.105; LAISA MAÍRA DINIZ BARBOSA, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob nº 19.637; RANNIERE MATILDE DA COSTA, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; GILDMAR PEREIRA DE LIMA SILVA, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018, DANIELLY MELO ALVES, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; GERMANA CAVALCANTI DE ALMEIDA, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384; RAYANNE ARAUJO DE SOUSA, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; KELLY SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO, brasileira, casada, advogada com inscrição complementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; FERNANDA NASCIMENTO DO RÉGO, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; YURI JAMES CARNEIRO BRUNET, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358, THIAGO DE 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, BPPREV – 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.

Justiça do Trabalho - PB, 07 de dezembro de 2019

4. Reunio de documentos Personais

OUTORGA

Felciano da Silva  
Serviço Notarial e Registro

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João  
(83) 3241-6957

E-mail: joaopessoa.pb@

Site: [www.lacerda](http://www.lacerda)

Reconheço, com autenticidade a verdadeiras, (assinado) \_\_\_\_\_  
 RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA \*\*\*\*\*  
 Em testilha a verdade. São Paulo 05/07/2017 13:40:24  
 Vandirlei Cavalcante de Freitas Santos - Oescrivente  
 (2017-07/07)EML:R\$ 99,91 FAFPER:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98  
 SELD DIGITAL: A1U68567-LWI  
 Confira a autenticidade aqui: <https://selodigital.tiob.jus.br>

**CARTORIO UNICO**  
Severina Lúcia M. Feliciano Sá  
Tateliá Substância  
Amparo - SP

1. NAME \_\_\_\_\_  
 2. ADDRESS \_\_\_\_\_  
 3. CITY \_\_\_\_\_  
 4. STATE \_\_\_\_\_  
 5. ZIP \_\_\_\_\_  
 6. PHONE \_\_\_\_\_  
 7. DATE \_\_\_\_\_  
 8. SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 9. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 10. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 11. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 12. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 13. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 14. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 15. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 16. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 17. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 18. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 19. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 20. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 21. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 22. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 23. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 24. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 25. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 26. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 27. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 28. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 29. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 30. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 31. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 32. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 33. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 34. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 35. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 36. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 37. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 38. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 39. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 40. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 41. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 42. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 43. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 44. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 45. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 46. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 47. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 48. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 49. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 50. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 51. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 52. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 53. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 54. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 55. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 56. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 57. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 58. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 59. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 60. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 61. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 62. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 63. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 64. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 65. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 66. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 67. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 68. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 69. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 70. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 71. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 72. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 73. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 74. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 75. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 76. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 77. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 78. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 79. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 80. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 81. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 82. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 83. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 84. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 85. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 86. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 87. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 88. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 89. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 90. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 91. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 92. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 93. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 94. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 95. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 96. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 97. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 98. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 99. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 100. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 101. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 102. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 103. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 104. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 105. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 106. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 107. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 108. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 109. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 110. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 111. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 112. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 113. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 114. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 115. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 116. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 117. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 118. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 119. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 120. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 121. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 122. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 123. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 124. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 125. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 126. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 127. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 128. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 129. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 130. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 131. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 132. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 133. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 134. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 135. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 136. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 137. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 138. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 139. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 140. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 141. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 142. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 143. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 144. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 145. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 146. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 147. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 148. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 149. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 150. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 151. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 152. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 153. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 154. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 155. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 156. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 157. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 158. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 159. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 160. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 161. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 162. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 163. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 164. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 165. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 166. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 167. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 168. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 169. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 170. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 171. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 172. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 173. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 174. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 175. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 176. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 177. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 178. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 179. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 180. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 181. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 182. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 183. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 184. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 185. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 186. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 187. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 188. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 189. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 190. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 191. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 192. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 193. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 194. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 195. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 196. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 197. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 198. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 199. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 200. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 201. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 202. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 203. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 204. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 205. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 206. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 207. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 208. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 209. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 210. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 211. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 212. PRINT STATE \_\_\_\_\_  
 213. PRINT ZIP \_\_\_\_\_  
 214. PRINT PHONE \_\_\_\_\_  
 215. PRINT DATE \_\_\_\_\_  
 216. PRINT SIGNATURE \_\_\_\_\_  
 217. PRINT NAME \_\_\_\_\_  
 218. PRINT ADDRESS \_\_\_\_\_  
 219. PRINT CITY \_\_\_\_\_  
 220. PRINT STATE \_\_\_\_\_

Av. Cam. Benito Ribeiro Coutinho, 1746  
F17094-001, BR  
0209-808-3003, 0209-808-3163

4-18-68 64340-000-31e-P3

revente	
EPJ:R\$ 1,98	

tal.fish.mn.br





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059290/20

**Vítima:** ANTONIO PEREIRA FILHO

**CPF:** 113.151.924-89

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 26/07/2016

**CPF de:** Representante

**Titular do CPF:** JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

#### JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA : 113.151.924-89

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

#### RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA : 113.026.734-24

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

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 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

