



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	<u>2750404_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200073127

Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

Data do Acidente: 26/07/2016

Cobertura: MORTE

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA

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

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

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

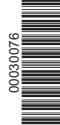
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15518341

Pag. 00151/00152 - carta_03 - MORTE



00030076



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. 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01861/01862 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15518342



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. 2



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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200073127

Vítima: ANTONIO PEREIRA FILHO

Data do Acidente: 26/07/2016

Cobertura: MORTE

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

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

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

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

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Carta nº 15518343

Pag. 00153/00154 - carta_03 - MORTE



00030077



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. 3



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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

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

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

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01863/01864 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15518344



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. 4



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

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

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

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

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00637/00638 - carta_16 - MORTE



Carta nº 16030307



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. 5



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

Rio de Janeiro, 12 de Agosto de 2020

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

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

Procurador: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi interrompido, mas poderá ser reaberto assim que os documentos solicitados forem entregues.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
		Antônio Pereira Bello

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Antônio Pereira Bello	713.026.734-24		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agricultor	Silva Águia Fria	511	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
20000-000	Cruz do Espírito Santo	PE	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		
prorodeador.silva@icloud.com.br	(83) 3292-0304		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLICO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: 3 CONTA: 57.486 4

(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 os curtos da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lc 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 discordar do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, entendo 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 298 do Código Penal.

34
Impressão
digital da
vítima/ben
eficiária
não alfabetizada

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

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

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

40 - Local e Data:

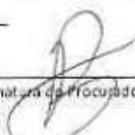
1000 Pereiro, IPB 09/12/19
Antônio Pereira Bello

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.D01.VD02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):



TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: Valéria F. de Paixão
CPF: 079.233.559-85



Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Fernanda Moreira de Souza Brant
CPF: 010.369.814-02



Assinatura da testemunha





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
		Antônio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
João do Nascimento Pereira	113.151.924-89		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agricultor	Setor Águas Fria	5700	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Cruz do Esp. Santo	PB	
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		
previdenciario.lider@outlook.com.br	(83) 3032-0304		

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

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **[ANEXAR CÓPIA]**.

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </div> <div> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ </div> </div>	
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: _____
CONTA: 00028750 9	CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> (Inserir o dígito se existir) </div> <div> (Inserir o dígito se existir) </div> </div>	

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as cintas 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 da référica no direito de contestá-la, caso discorde da seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima de seu 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 (herdeiro)? 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 devidamente devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impedimento digitalizar: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido
---	--

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <i>Sueli Moreira F. de Souza</i> CPF: 079.337.554-85
---	---

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

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Fernando Moreira de Souza Brum*
CPF: 030.467.814-02

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *João Pessoa/PB 09/12/19*
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Assinatura da testemunha

Fernando Moreira de Souza Brum
Assinatura da testemunha

Sueli Moreira F. de Souza
Ass

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

OCORRÊNCIA: 834855
 Comunicação: C2035064
 STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA

PRF: 1301486 - PEDRO JOSÉ PIMENTA CARNEIRO
 Município/UF: SANTA RITA/PI
 Fase do dia: Amanhecer | Condições da Pista: Seca
 Sinalização existente: Vertical, Horizontal | Sinalização luminosa: Nenhuma
 Houve danos ao patrimônio da Unilô? [Nao] | Houve solicitação de perícia? [Nao] | A perícia compareceu ao local do sinistro? [Nao]
 Data e horário da ocorrência: Data e horário da solicitação: Data e horário da
 Restrições de Visibilidade: Inexistente | Condição meteorológica: Céu Claro

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DA UNIÃO

Houve danos ao patrimônio de terceiros? [Nao]

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO PATRIMÔNIO DE TERCEIROS

Houve danos ao ambiente? [Nao]

DESCRIÇÃO DOS DANOS AO AMBIENTE

CONDICÃO DA RODOVIA

Uso do Solo: Rural | Tipo de Localização: Não edificada
 Existe acostamento? [Sim] | Estado de Conservação: Bom | Possui sinalização? [Nao] | Possui sarjeta? [Nao]
 Possui defensa? [Nao existe] | Possui meio-fio? [Nao existe] | Existem obstáculos? [Nao]
 Existe canteiro central? [Sim] | Estado de Conservação: Bom | Largura (m): 2 | Tipo de inclinação: Plano
 Obstáculo no Cruzamento: Meio-fio | Estado de Conservação do Obstáculo: Bom | Largura (m): 2 | Tipo de inclinação: Plano
 Faixa de Domínio - Estado de Conservação: Bom | Ocupação: Livre | Largura (m): 2 | Tipo: Dupla | Qtd. de Faixas: 2
 Cerca: Conservada | Pista de Rolamento - Estado de Conservação: Bom | Perfil: Em nível | Fracassos: Nada | Curva Vertical: Não Existe | Super-elevação: 10%
 Tipo de Pavimento: Asfalto | Perfil: Em nível | Fracassos: Nada | Curva Vertical: Não Existe | Super-elevação: 10%
 Superlargura: [Nao] | Largura da Pista (m): 2 | Exruitamento: [Nao] Existe

TEXTO DESCRIPTIVO DA CONDIÇÃO DA RODOVIA

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: <http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092214561152900000033089328>

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/06/2018 09:44:05
NÚMERO DE CONTROLE: dfe6b632078c411



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

OCORRÊNCIA: 63485517
Comunicação: C2035064
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

CROQUE:



DATA: 02/08/2016

LEGENDA:

- Automóvel
- Veículo Trator
- Peixe
- Ponto B
- Ponto P
- Ponto C
- Ônibus
- Animal
- Cenitograma
- Caminhão
- Trem
- Conjunto
- Objeto Fixo
- Ponto A
- Ponto A'
- Antes da Colisão
- Marca de Pneu
- Veículo Ausente
- Reboque/Semi-reboque
- Triângulo de Atenção
- Veículo de 2 ou 3 rodas
- Marcha à Frente
- Páginas ou Desrapagem
- Local da Colisão
- Marcha à Ré
- Depois da Colisão
- Pista de Trânsito

← CAMPANHA GRANDE-SPS

→ FAÇA PESQUISA

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 VESTIGIOS NO LOCAL DO ACIDENTE CONSTATAMOS QUE O V1, HONDA/PCF 6 PLACAS DE COR VERMELHA, SAIU DA PISTA VINHO A TOMBAR EM SEGUIDA.

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO:	02/08/2016 09:44:08
NÚMERO DE CONTROLE:	df8eb63207854b1



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

OCORRÊNCIA: 83485517
Comunicação: C2035064
STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Placa: Sequencial: V1 | Descrição: POP VERMELHA | Chassi: 9C2JBC100GR205133 | Renavam: _____
Marca/Modelo: | Cor: VERMELHA | Ano: _____ | Tipo: Motocicleta | Emplacamento: _____
Ocupantes: 1 | Espécie: Passageiro | Categoria: Pessoal | CPF/CNPJ: _____
Proprietário: _____ | Endereço: _____ | Telefones: _____
Município/UF: _____ | CEP: _____
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 | Saída de Pista? Sim | Derrapagem? Não | Capotagem? Não | Tombamento? Sim
Colisão com Objeto Fixo: Não Houve | Colisão com Objeto Móvel: Não Houve | Incêndio? Não

Distância de Frenagem (m): 10,0 | Estado dos Pneus: Bom

Descrição do Recolhimento:

DADOS DA CARGA

Carregamento: _____ | Houve Derramamento de Carga? Não | Extensão dos Danos: _____ | Mochila: Real-RS
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: 03/08/1968 | Sexo: Masculino | Estado Civil: Não Informado

Nome do Pai:

Nome da Mãe: LUZIA PEREIRA DA SILVA

Endereço: SITIO JOÃO RAIMUNDO | CEP: _____

Município/UF: CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/ES | Telefone: _____ | Celular: _____

Grau de Inabilitação: _____

Naturalidade: _____ | Nacionalidade: BRASIL | Ocupação Principal: _____

CPF: 760 695 914-53 | Documento de Identificação: _____ | Órgão Expedidor: _____

Origem: _____ | Destino: _____

Estado Físico: Moto | Socorrido pela PRF? Não | Usava Cinto? Não | Usava Capacete? Sim | Havia Vestígio de Ingestão de Álcool? Não

Existe Declaração em Anexo? Não

Transcrição da Declaração:

Condutor é Habilidado? Não | Categoria CNH: _____ | Registro CNH: _____ | Período de Habilidação: _____
Validade CNH: _____ | País CNH: _____ | Dormiu? Não | Km Percorridos: _____ | Horas Dirigindo: _____

Pertences:

Informações Complementares:

ENCAMINHAMENTO DO CONDUTOR

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

Documento do Responsável: _____ | Motivo: _____

Município/UF: _____ | Descrição do: _____

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/08/2016 09:14:08
NÚMERO DE CONTROLE: df8eeb5020755451



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

OCORRÊNCIA: 83485517
Comunicação: C20360641
* STATUS DA OCORRÊNCIA: Encerrada

RELATÓRIO DE AVARIAS PARA CLASSIFICAÇÃO DO DANO EM MOTOCICLETAS E ASSEMELHADOS

Veículo:	V1	Placa:	
Nome do Agente/Assinatura:	PEDRO JOSÉ PIMENTA CARNEIRO	Nº BOAT:	83485517
Registro/Matrícula do Agente:	1301485	Data:	26/07/2016 05:30
Item Descrição - Componentes Não Estruturais			Valor
1	Guidão, suas fixações e comandos nôe 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, possuindo fixação no chassi.	2	X
4	Motor e suas fixações.	2	X
5	Eixo do garfo traseiro.	2	X
6	Roda traseira, (aro, cubo, raios, flanges, coroa, etc.)	2	X
7	Eixo de coroa dianteira/traseira.	2	X
8	Sist. de freio traseiro hidráulico ou mecânico (fixações, mangueiras, acionamentos, pinças, 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			Valor
A	Coluna de direção e meias susp. (folga anormal, danos).	3	X
B	Amortecedor(s) dianteiro(s).	3	X
C	Chassi (destruções, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X
D	Garfo traseiro (deformações, desalinhamentos, rompimentos, etc.)	3	X

Soma dos pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NÃO".

CLASSIFICAÇÃO DO DANO DO VEÍCULO

Assinale abaixo o campo que corresponde ao dano do veículo.

- Dano de Pequena Monta: até 10 pontos, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NÃO", desde que não tenha sido causado violento impacto.
- Dano de Média Monta: somando 10 ou mais, somando os pontos de todos os itens assinalados nas colunas "SIM" e "NÃO", desde que não tenham sido destruídos.
- Dano de Grande Monta: que não é mais viável assinalar os itens "SIM" e "NÃO" devido ao dano, a sequência de somar os pontos.

Observações:

O campo a seguir deve estar marcado com um X e coluna SIM.

Cada item de componente não estrutural, ou não estruturalmente, assinalado com um X e coluna NÃO.

Caso não tenha sido possível avaliar o componente, ou não identificado no boletim, assinalar com um X e coluna NÃO.

SIM = Item identificado no acidente NÃO = item não identificado ou Não Existente NA = Item que não foi possível definir o dano (Não Avaliável)

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

DATA/HORA DA EXPEDIÇÃO: 02/08/2016 09:44:08
NÚMERO DE CONTROLE: d386050207854b1



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

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

masculino

PARDA

sóloteiro, 47 anos

NATURALIDADE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ELEITOR

Santa Rita-PB

RG nº. 3396557 SSP-PB

SIM - Nº 020242501260, Zona: 3-PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinte e seis de julho de dois mil e dezesseis

DIA

MÊS

ANO

26

07

2016

LOCAL DO FALECIMENTO

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

CAUSA DA MORTE

Traumatismo Crânio Encefálico Grave, Ação Contundente, Acidente de Trânsito.

SEPUITAMENTO/CREMAÇÃO

DECLARANTE

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

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 sóloteiro e deixou três filhos, sendo um menor de idade.

Certidão de Registro Civil de Pessoas Naturais

Maria Edmée Melo Gomes

Distrito de Cruz do Espírito Santo-PB

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

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

Rachel Gomes de Melo
Oficiala Substituta

CARTÓRIO PÚBLICO CIVIL
Maria Edmée Melo Gomes
Titular
Rachel Gomes de Melo

Selo Digital: AIP87078-YEDS





Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2 Data do óbito 06/09/2016	3 Hora	4 Cartão SUS	5 Naturalidade SANTA CATARINA	
	6 Nome do Falecido JOAQUIM PEREIRA FILHO	7 Nome do Pai JOAQUIM PEREIRA DA SILVA	8 Nome da Mãe SILVIA PEREIRA DA SILVA	9	10	
	11 Data de nascimento 03/09/1968	12 Idade Anos completos: 46 Meses: 0 Dias: 0 Horas: 0 Minutos: 0	13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 Sem escolaridade 1 Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2 Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	14 Sexo M - Masculino F - Feminino I - Ignorado	15 Raça/Cor 1 Branca: 4 2 Preta: 5 3 Amarela: 0	16 Situação conjugal 1 Solteiro: 4 2 Casado: 5 3 Vôo: 0 4 Separado: 0 5 União estável: 0 6 Divorciado: 0 7 Separado: 0 8 Vôo: 0 9 Divorciado: 0
	17 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA 101	18 Número: 510	19 Complemento: 00	20 CEP: 88010-000	21	22
	23 Bairro/Distrito CENTRO	24 Código: 00000000000000000000000000000000	25 Município de residência ESPIRITO SANTO	26 Código: 00000000000000000000000000000000	27	28
	29 Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estab. saúde 3 Doméstico 4 Via pública 5 Outros	30 Estabelecimento Ignorado	31	32	33	34
	35 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA 101	36 Número: 510	37 Complemento: 00	38 CEP: 88010-000	39	40
	41 Bairro/Distrito CENTRO	42 Código: 00000000000000000000000000000000	43 Município de ocorrência ESPIRITO SANTO	44 Código: 00000000000000000000000000000000	45	46
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
	47 Idade (anos) Nível 0 Sem escolaridade 1 Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2 Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	48 Escolaridade (última série concluída) Nível 3 Médio (antigo 2 ^o grau) 4 Superior incompleto 5 Superior completo	49 Série Ignorado	50 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) Série Ignorado	51	52 Código CBO 2002
53 Número de filhos tidos Nascidos vivos 1 99 Ignorado	54 Perdas fetais abortos 1 99 Ignorado	55 N.º de semanas de gestação Ignorado	56 Tipo de gravidez 1 Línea 2 Dupla 3 Tripla e mais 5 Ignorado	57 Tipo de parto 1 Vaginal 2 Cesáreo 3 Ignorado	58 Morte em relação ao parto 1 Antes 2 Durante 3 Depois 4 Ignorado	
59 Peso ao nasc. Gramas 1 99 Ignorado	60 Número da Declaração de Nascido Vivo Ignorado	61	62	63	64	
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL						
65 A morte ocorreu 1 Na gravidez 2 No parto	66 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	67 Recebeu assist. médica durante a gestação 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	68 Recibiu assist. médica durante a gestação 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	69 Necropsia? 1 Sim 2 Não 3 Ignorado	70	
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA						
a Devido ou como consequência de:						
b Devido ou como consequência de:						
c Devido ou como consequência de:						
d Devido ou como consequência de:						
PART II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima						
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA						
a Devido ou como consequência de:						
b Devido ou como consequência de:						
c Devido ou como consequência de:						
d Devido ou como consequência de:						
PART II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima						
71 Nome do Médico JOAQUIM PEREIRA DA SILVA	72 CRM 5491	73 Óbito atestado por Médico 1 Assistente 2 Substituto 3 IML	74 Município e UF do SVO ou IML ESPIRITO SANTO	75	76	
77 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) RUA 101	78 Data do atestado 06/09/2016	79 Assinatura JOAQUIM PEREIRA DA SILVA	80	81	82	
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MÓRTE NÃO NATURAL (informações de caráter estatísticamente epidemiológico)						
83 Tipo 1 Acidente 2 Suicídio	84 Homicídio 4 Outros	85 Ignorado 9	86 Acidente do trabalho 1 Sim 2 Não 9	87 Ignorado 9	88 Fonte da informação 1 Ofício de Policial N. 2 Hospital 3 Família 4 Outra	
89 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 Via pública 2 Endereço de residência 3 Outro domicílio						
90						
91 Descrição sumária do evento JOAQUIM PEREIRA DA SILVA						
92 ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA 101						
Número: 510 Bairro: CENTRO Município: ESPIRITO SANTO						



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
<i>Antônio Pereira Filho</i>		

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
<i>Antônio Pereira</i>	<i>713.026.734-24</i>		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Agricultor</i>	<i>Silva Águia Fria</i>	<i>511</i>	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>202 - Rural</i>	<i>Cruz do Esp. Santo</i>	<i>SP</i>	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): <i>providencia@laboratoriana.sch.br</i> (18) 3292-0304		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLICO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: <input type="text"/> 1268	CONTA: <input type="text"/> 57.486
(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 os curtos da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lc. 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 discordar do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou testamento (<i>testamenteiro</i>)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve imóveis? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha imóveis, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/vôos vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, entendo 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 298 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima/beneficiária (se alfabetizada)

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

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

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

40 - Local e Data:

100 - Pereira, SP 09/12/19

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01.VD02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

D





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
		Antônio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
João do Nascimento Pereira	73.151.924-89		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agricultor	Setor Águas Fria	5700	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Cruz do Esp. Santo	PB	
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		
prende-avocad@lucaspereira.com.br	(83) 3032-0304		

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

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **[ANEXAR CÓPIA]**.

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </div> <div> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ </div> </div>	
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: _____
CONTA: 00028750 9	CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)
(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:
<input type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input checked="" type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as curas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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 da référica no direito de contestá-la, caso discorde da seu conteúdo.

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Vívo	24 - Data do óbito da vítima:							
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima de seu companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiro(s)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

MAIS ALFABETIZADO 34 - Imprensa digitalizada última ou beneficiária não alfabetizada	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <i>Sueli Moreira F. de Souza</i> CPF: 079.337.554-85
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	<i>Sueli Moreira F. de Souza</i> Assinatura da testemunha
	37 - 1º Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <i>Fernando Machado de Souza Brum</i> CPF: 030.477.814-02

40 - Local e Data:	<i>João Pessoa/PB 09/12/19</i>
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	<i>João do Nascimento Pereira</i>
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	<i>Sueli Moreira F. de Souza</i>
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	<i>Fernando Machado de Souza Brum</i>



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

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

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

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

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

Veja aqui o que está sendo cobrado

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

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

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

Pague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não são 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



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: solicitemos não rasurar, dobrar ou perfurar
esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.



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. 17



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Thiago de Araújo Bicandá
inscrito (a) no CPF/CNPJ 0721344114-02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Janeiro do Nordeste Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 11315191489,
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. 289 do Código Penal.

Endereço:	<u>Av. D. Pedro II</u>	Número:	<u>205</u>	Complemento:		
Bairro:	<u>entre</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:
E-mail:	<u>joaopedrosoares123@gmail.com.br</u>			Tel.(DDD):	<u>(83) 3230-0304</u>	

Local e Data:

João Pessoa/PB 15/01/20

Assinatura do Declarante





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Thiago do Atai de Branda

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 072134414 / 02, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Ronato do Nordeste Pereira, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 113.067.341-24,

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

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

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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>centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP:
E-mail:	<u>prorodumara@locardasontana.ab.br</u>			

Local e Data:

João Pessoa/PB 15/01/20

Assinatura do Declarante





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
Antônio Pereira Bello		

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Antônio Pereira Bello	713.026.734-24		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Agricultor	Silva Águia Fria	511	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
20000-000	Cruz do Espírito Santo	PE	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 3292-0304		
prorodeador@laboratorianet.com.br			

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLICO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: <input type="text"/> 1268	CONTA: <input type="text"/> 57.486
(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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 os curtos da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lc 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 discordar do seu conteúdo.

23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou compatriota(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou compatrieto(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarem esta condição, entendo 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 298 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima/beneficiária (se alfabetizada)

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

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

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

40 - Local e Data:

1000 Pereiro, IPB 09/12/19
Antônio Pereira Bello

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.D01.VD02/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: Valéria F. de Paixão
CPF: 079.233.559-85

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Fernanda Moreira de Souza Brant

CPF: 010.369.814-02

Assinatura da testemunha





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
		Antônio Pereira Filho

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

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
João do Nascimento Pereira	113.151.924-89		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Acuador	Sítio Água Fria	5718	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Zona Rural	Cruz do Esp. Santo	PB	
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):		
prende-avocad@live.com.br	(83) 3032-0304		

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

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

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo **[ANEXAR CÓPIA]**.

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) </div> <div> <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____ </div> </div>	
AGÊNCIA: _____	AGÊNCIA: _____
CONTA: 00028750 9	CONTA: _____
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)
(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções] :
<input type="checkbox"/> Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
<input type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
<input checked="" type="checkbox"/> O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as cintas 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 da référica no direito de contestá-la, caso discorde da seu conteúdo.

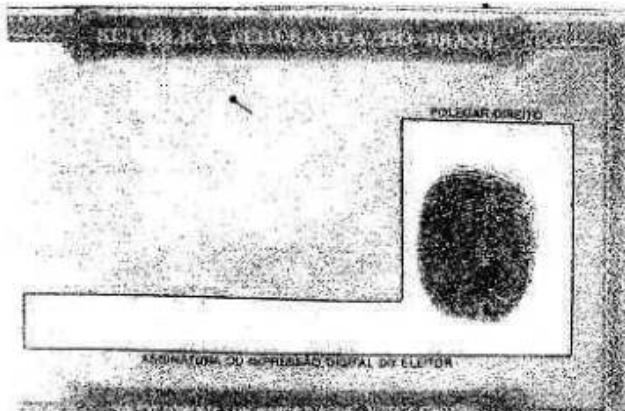
23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Vívo	24 - Data do óbito da vítima:							
25 - Grau de parentesco com a vítima:	26 - Vítima de seu companheiro(a):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:							
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou herdeiros?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

MAIS ALFABETIZADO 34 - Imprensa digitalizada última ou beneficiária não alfabetizada	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 1º Nome: <i>Sueli Moreira F. de Souza</i> CPF: 079.337.554-85
	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	<i>Sueli Moreira F. de Souza</i> Assinatura da testemunha
	37 - 1º Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2º Nome: <i>Fernando Machado de Souza Brum</i> CPF: 030.467.814-02

40 - Local e Data:	<i>João Pessoa/PB 09/12/19</i>
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):	<i>João do Nascimento Pereira</i>
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	<i>Sueli Moreira F. de Souza</i>
43 - Assinatura do Procurador (se houver)	<i>Fernando Machado de Souza Brum</i>









30
ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME: THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

RESIDENCIAL: TOLSTOI DA SILVA BRANDAO
MARIA SALETE DE ATAIDE BRANDAO

NATURALIDADE:

JOÃO PESSOA/PB

RG:

2943598 - SSP/PB

FECHADO DE ARAIAS E TECIDOS

ESTADO:

PE

CEP: 572.130-414-027

DATA DE NASCIMENTO: 14/06/1987

TELEFONE: (83) 3229-2111

DATA DE EMISSÃO: 14/03/2012

COON-SECCERA-COMLAC/CON-SECCERA-COMLAC

Presidente



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. 25

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

LAUDO CADAVÉRICO

Laudo nº 03.01.01.072016.05782

ANTONIO PEREIRA FILHO (Rauan)

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 PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍTICA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGICA LEGAL
ANATOSCÓPICO

C: 498316

LAUDO TANATOSCÓPICO

LAUDO TANATOSCOPIO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa, atendendo à solicitação expedida da(o) 6^a DD de Santa Rita da(o) 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. 26/07/2

O pescoço não permite a execução de movimentos anormais e tegumento está íntegro. II - INSPEÇÃO INTERNA: CAVIDADE CRANIANA: Após a incisão bimastóidea e rebatida escalar, foi constatado infiltrado em região frontal à esquerda. Fratura obliqua que ia do andar superior esquerda, passando pela sela türlica e chegando até o médio à direita. CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecando planos músculos-cutâneos das paredes, retirado o plastrão condro esternal, constatam-se ósí torácicos e abdominais íntegros. Meioterapia, cujo resultado foi negativo, conforme constatado na Radiografia, datado de 08/09/16.

EXAMES COMPLEMENTARES: **Microtromia**, 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 aos quesitos:

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

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

ed

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

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

Luciana C. Trindade

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

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



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



LAUDO PERICIAL N° 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: Coletânea.

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 gás-sa acoplada à espectrometria de massas, através do método "headspace" de análise. Utilizou-se uma coluna capilar com fase estacionária SORBET-WAX para a separação dos analitos, de acordo com a metodologia padronizada neste laboratório.

4) RESULTADO:

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

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

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

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

Ticiano Pereira Barbosa

Ticiano Pereira Barbosa

Perito Oficial Químico-Legal

Matrícula: 160.026-5

GOVERNO DA PARAÍBA

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADÁVER			ARMA UTILIZADA	DATA	
<input type="checkbox"/> LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIADO <input type="checkbox"/> LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIADO <input type="checkbox"/> SVO / UNIDADE DE SAÚDE			<input type="checkbox"/> ARMA DE FOGO <input type="checkbox"/> ARMA BRANCA <input type="checkbox"/> OUTROS OBJETOS:	16/01/2021	
LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA (via pública, residência, bar, etc.)			LOGRADOURO (rua, avenida, rodovia, etc.)		

NÚMERO	COMPLEMENTO (APTO, SALA, ANDAR, ETC.)	BAIRRO		
--------	---------------------------------------	--------	--	--

LOCALIDADE / COMUNIDADE			MUNICÍPIO / UF		
-------------------------	--	--	----------------	--	--

PONTO DE REFERÊNCIA			LATITUDE	LONGITUDE
---------------------	--	--	----------	-----------

DADOS DA VÍTIMA

NOME		APELIDO		
------	--	---------	--	--

MÃE				
-----	--	--	--	--

SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> IGNORADO	DATA NASCIMENTO		IDADE APARENTE	IDENTIDADE
------	--	-----------------	--	----------------	------------

CPF	COR DA PELE / ETNIA				
	<input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> BRANCA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDÍGENA				

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME)

MATRÍCULA N° _____

MATRÍCULA N° _____

ORGÃO

GRECRIM / NUCRIM PC
 UNIDADE DE SAÚDE SVO

OUTRO _____

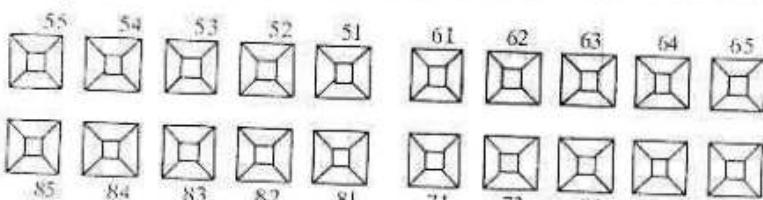
ASSINATURA

ASSINATURA

CORPO ENCAMINHADO PARA

GEMOL
 NUMOL _____

Nº 2016.2483



Conceitos

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

Fulano de Oliveira

data: 16/01/2021



ANTONIO PEREIRA FILHO

Laudo n°: 03.01.01.072016.05782

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

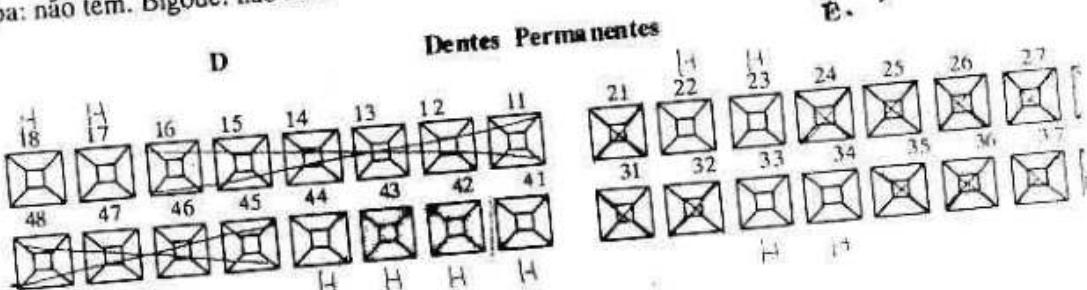
LAUDO TANATOSCÓPICO
Seção de Odontologia

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

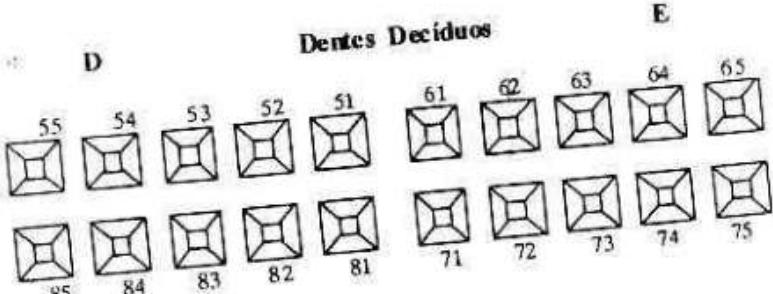
Órgão Requisitante: 6^a DD de Santa Rita. Nº da Solicitação: 377/16. Autoridade Solicitante: Pe. Martins dos Santos. Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, 46 anos, filho(a) de: ignorado e de: Lu Pereira da Silva. Sexo: Masculino. Nacionalidade: brasileira. Natural de: Santa Rita/PB.

DADOS CARACTERÍSTICOS:

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



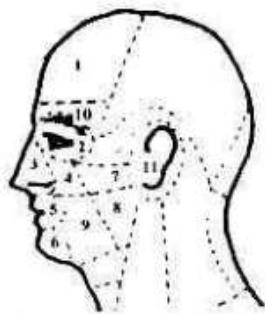
Códigos



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

Malte Nordt Vienna





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 |
| MENTONIANA | |

DESCRÍÇÃO DO EXAME:

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

Milena Noronha Viana
 Dr(a). Milena Noronha Viana
 Perito Oficial Odonto - Legal
 Mat: 156.296-7 CRO 2757/PB
 Milena Noronha Viana
 Perito Oficial Odonto - Legal
 156296





07/12/2019

Número: **0800177-10.2018.8.15.0291**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição: **19/06/2018**

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

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

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

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

ESCANEADO
EM / /



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

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

AÇÃO DE ASSENTAMENTO DE REGISTRO TARDIO DE ÓBITO

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

1. PRELIMINARES

1. 1. DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA

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

ESCANEADO
EM

1.2. DO ENDEREÇO



Assinado eletronicamente por: maria lucineide de lacerda santana - 19/06/2018 10:55:43
<http://pje.tjpjpb.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.tjpjpb.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: SITIO AGUA FRIA, S/N, ZONA RURAL,
CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
Endereço: SITIO 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 gratuitade 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.

De cumprimento imediato.

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

EM /
ESCANEADO



Assinado eletronicamente por: EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO - 16/04/2019 13:57:48, EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO - 17/04/2019 20:49:26, Pág. 1/10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19041714071829900000019983014>

Número do documento: 19041714071829900000019983014



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 de registro civil de Cruz do Espírito Santo/PB, para que proceda com o assentamento do registro civil de óbito nos termos dessa decisão.

DECLARAÇÃO DE ÓBITO nº 24491761-2. Falecido: Antônio Pereira Filho, data do óbito: 26.07.2016, data de nascimento: 03.09.1969.

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

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

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

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

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

P. R. I.

Cruz do Espírito Santo, 14 de abril de 2019.

Eduardo R. de O. Barros Filho

Juiz de Direito

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

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

ESCANEADO
EM / /



Assinado eletronicamente por: EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO - 16/04/2019 13:57:48, EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO - Núm. 20543268 - Pág. 1/2
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1904171407182990000019983014>
Número do documento: 1904171407182990000019983014



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

TJPB
VJB01V12

PODER JUDICIARIO DO ESTADO DA PARAIBA
SISTEMA DE CONTROLE DE PROCESSOS

Delegacia 32541587
Cruz do Espírito Santo.

22/11/2016
11:33:02

DADOS RESUMIDOS DE PROCESSO

Nº Processo: 0000509-78.2016.815.0291 ATIVO Nº Siscom: 0000000000000-0

Classe: INQUERITO POLICIAL

Assunto: CRIMES DE TRANSITO.

Comarca: CRUZ DO ESPIRITO SANTO

Vara: VARA UNICA DE CRUZ DO ESPIRITO

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

Justiça Gratuita: NAO

Vitima : ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF 76069591453

Ultimos movimentos [localizador: À 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.



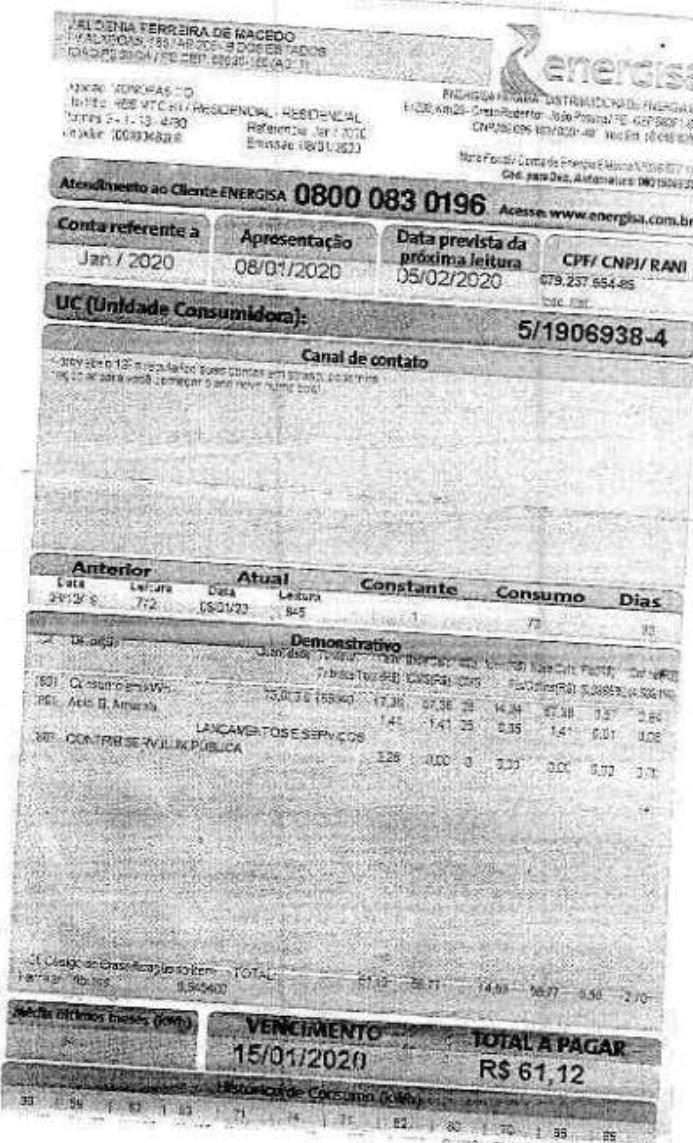






Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 14:56:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092214561152900000033089328>
Número do documento: 20092214561152900000033089328

Num. 34608318 - Pág. 41





LAICERDA SANTANA
ANNEE 1911

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

OUTORGANTE
Jônio do Nascimento Pereira, brasileiro, solteiro, nascido em 01/01/1966 no R. 63698-476, com CPF 173.151.934-89, residindo e domiciliado na Rua Silvio Aguiar Faria, 511, 20220-000, Bento, Cruz das Almas, CEP 52370-000.

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 MÁIRA DINIZ BARBOSA**, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob nº 19.637; **RANNIERE MATILDE DA COSTA**, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 22.638; **GILDMAR PEREIRA DE LIMA SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.018; **DANIELLY MELO ALVES**, brasileira, solteira, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 15.578; **GERMANA CAVALCANTI DE ALMEIDA**, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 23.384; **RAYANNE ARAUJO DE SOUSA**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/PB sob o nº 18.290; **KELLY SONALLY MELO DE ANDRADE SANTIAGO**, brasileira, casada, advogada com inscrição suplementar na OAB/PB sob o nº 22912-A; **FERNANDA NASCIMENTO DO RÉGO**, brasileira, casada, advogada com inscrição na OAB/PB sob o nº 18.891; **YURI JAMES CARNEIRO BRUNET**, brasileiro, casado, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 20.358, **THIAGO DE ATAIDE BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado com inscrição na OAB/PB sob o nº 16.685 todos com escritório na Av. Dom Pedro II, nº 705, Centro, João Pessoa/PB, CEP: 58.013-420, onde deverão receber intimações de estilo, são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

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

João Pessoa/PB, 18 de setembro de 2019

~~2 faire de l'assemblée primaire~~
OUTORGANT

OUTORGANT^{TE} FELICIANO DA SILVA
S^E SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Avenida Dom Pedro II, nº 705, Centro, João P^o
(82) 3241-6957 / 9

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

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

Num. 34608318 - Pág. 44



LACERDA SANTANA
APOSELIS

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

OUTORGANTE:
Penélope do Nascimento Pereira, brasileira, solteira, nascida no dia 26/03/1980, no mês de março, no ano de 1980, no Brasil, no Estado da Paraíba, no município de São João do Cariri, no bairro São João, nº 100, residência e domicílio no Sítio São Francisco, S/N, Zona Rural, Cunhê da Esperança/PB, RG nº 3698466 e CPF 173.026.739-34.

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

fechas permitidas para el cumplimiento de los plazos de vencimiento

2. Recetas de monumento funerario

QUTORG/



FELCIANO DA SILVA
Servico Notarial e Registrarial

CARTORIO UNICO

~~Levella Substancial~~

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

E-mail: joaopessoa.ph@

III. JUDGEMENTS



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 - Necrópsia
Outros

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO : 072.139.414-02

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

JAIRO DO NASCIMENTO PEREIRA : 113.151.924-89

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

RENATO DO NASCIMENTO PEREIRA : 113.026.734-24

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

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

THIAGO DE ATAIDE BRANDAO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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. 46