



Número: **0813525-38.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/03/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA APARECIDA OLIVEIRA (AUTOR)	MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37297 281	01/12/2020 09:22	<u>2763877_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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190700620 Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/01/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA APARECIDA OLIVEIRA

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

Prova de companheirismo	Apresentar prova de reconhecimento da união estável do interessado com a vítima, original ou cópia autenticada, pois não foi entregue. Veja no nosso site as informações e os documentos necessários para esta comprovação.
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
Documentos de identificação	Apresentar a cópia simples do Cadastro de Pessoa Física - CPF da vítima, pois não foi entregue.

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 15258297

Pag. 00207/00208 - carta_03 - MORTE



00070104



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:22:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120109222649200000035590246>
Número do documento: 20120109222649200000035590246

Num. 37297281 - 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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190700620 **Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVA**

Data do Acidente: 03/01/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA APARECIDA OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15258475



Pág. 00119/00120 - carta 01 - MORTE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:22:26
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012010922264920000035590246>
Número do documento: 2012010922264920000035590246

Núm. 37297281 - 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, 15 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190700620 Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 03/01/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a). MARIA APARECIDA OLIVEIRA

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 cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente



Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15859146



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: MARIA APARECIDA OLIVEIRA		CPF: 403.909.234-09		
Profissão: TEC DE ENFERMAGEM	Endereço: RUA ANTONIO FILHO	Número: 605	Complemento: CASA	Bairro: GRAMAME
E-mail:	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	CEP: 58067-070	Tel.(DDD): (83) 99633-9549

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA): **98890-4343**

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input 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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 2340	CONTA: 156289
(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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima: 07.01.2018
Grau de Parentesco com a vítima: COMPANHEIRA	Vítima deixou companheiro(a): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: MARIA APARECIDA OLIVEIRA

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Indicação significativa de analfabetismo não alfabetizado	Local e Data: JOÃO PESSOA, 11/12/2019
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A RODO.
x Suelio Moreira Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **VITORIA MAMA FIDELIS**

CPF: **020.241.054-40**

x Maria Fidelis

Assinatura

2º | Nome: **MARIA DELMIRO C. FIDELIS**

CPF: **586.434.354-49**

x Maria Delmíro C. Fidelis

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 Y001/2018





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00631.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00631.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 14:16 horas do dia 04 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Maria Aparecida Oliveira**, CPF nº 705.909.234-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Tec de Enfermagem, filho(a) de Maria Julia de Jesus e Pai Não Declarado, natural de Cubati/PB, nascido(a) em 17/07/1964 (53 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Filho, Nº 605, bairro Barra de Gramame, tendo como ponto de referência Mercadinho Santa Luzia, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98887-8678.

Dados do(s) Fatos:

Local: Ignorado, Ignorado, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/01/18 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 302: HOMICÍDIO CULPOSO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante, já qualificado acima, conviveu há mais de 15 anos com a pessoa de **REGINALDO PEREIRA DA SILVA**, portador da RG nº 2.292.430 2º via SSP/PB, filho de Maria das Neves Pereira da Silva e de pai não declarado; QUE, segundo a declarante no dia 03/01/2018, seu companheiro saiu de casa por volta das 20:00 horas e não disse para onde ia; QUE segundo a declarante por volta das 22:00 horas o mesmo chegou em casa bastante machucado, e dizendo para a pessoa de **Maria Betânia de Oliveira** que é irmã da declarante e um sobrinho da declarante de nome: **José Guilherme de Oliveira**, dizendo que teria sofrido um acidente de moto, não especificando se estava pilotando ou vinha de carona ou se teria sido atropelado; QUE segundo a declarante o seu companheiro sangrava muito pelos ferimentos, segundo relato de sua irmã; QUE segundo a declarante resolveram levar o mesmo para o hospital Traumática de Mangabeira e em seguida para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena; QUE segundo a declarante no dia 07/01/2018, o mesmo veio a ÓBITO, tendo como causa da morte Edema e contusão cerebral, traumatismo cranioencefálico, conforme certidão de óbito nº de matrícula: 0688820155 2018 4 00141 009 003669931.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de abril de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

MARIA APARECIDA OLIVEIRA
Noticiante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Maria da Conceição de Oliveira

Alagoa da Serra - Paraíba

NASCIMENTO N°. 1279

CERTIFICO que às folhas 243v do livro N° A-2, do Registro
de Nascimento foi feito hoje, o assento de Reginaldo Pereira da
Silva

nascido aos vinte e cinco de março de mil novecentos e
sessenta e seis (1976) às 8 horas e minutos
na maternidade do SESP de Alagoa Grande,
deste Estado, do seu escrivão de cor

natural

e de dona Maria das Neves Ribeiro da Silva
natural deste Estado

são avós paternos

e dona

e avós maternos Augusto Pereira da Silva

e dona Albertina Marinho de Santos

Foi declarante a mãe do nascendo
e serviram de testemunhas Lígia e Marcelino Guimaraes
e Bernardo Góis Barbosa Balazote Andrade

Observações:

O referido é verdade e dou fé.

Alagoa Grande 22 de Outubro de 1976

Impartido por Flávio Ayres de Oliveira

Gráfica Santa Fé Ltda. - 88/76 — REF. 007

OFICIAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
REGINALDO PEREIRA DA SILVA

MATRÍCULA:
0688820155 2018 4 00141 009 0036699 31

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	PARDA	sólo, 41 anos
NATURALIDADE/UF		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Alagoa Grande-PB		RG nº: 2292430 2ª VIA SSP-PB

ELEITOR
— NÃO INFORMADO —

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)
MARIA DAS NEVES PEREIRA DA SILVA. Residia na(o) RUA. ANTONIO FILHO, N° 605. BAIRRO VALENTINA, no município de João Pessoa-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO
sete de janeiro de dois mil e dezolto - 14:15

DIA MÊS ANO
07 01 2018

LOCAL DO FALECIMENTO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA, VENDO DO I.M.L. no município de João Pessoa-PB

CAUSA DA MORTE
EDEMA E CONTUSÃO CEREBRAL, TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO (ACIDENTE DE MOTO)

NOME DO MÉDICO / CRM	LOCAL DO SEPULTAMENTO
DR. FRANCISCA DIVINA S. DE MELO - CRM: 3272	CEMÉTÉRIO N.S. DA BOA MORTE - BAYEUX - PB

DECLARANTE
ELIZANGELA SANTANA DA SILVA, brasileira, solteira, com 38 anos de idade, DO LAR, residente e domiciliada: RUA. ZORILDA SANTOS CAVALCANTI, BLOCO M4, APT. 201, BAIRRO MANGABEIRA VII, João Pessoa-PB, natural de Alagoinha-PB

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Registro lavrado em 08/01/2018, no Livro C-00141, N° 36699, folha 9. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 258982868. O FALECIDO ERA SERVIÇOS GERAIS, NÃO ERA ELEITOR, NÃO DEIXOU BENS, NÃO DEIXOU FILHOS. CONFORME LIDO E ASSINADO PELO DECLARANTE

NOME DO OFÍCIO
7º SERVIÇO REGISTRAL GOMES DE SOUZA

OFICIAL REGISTRADOR
Irene Gomes de Souza

MUNICÍPIO/UF
JOÃO PESSOA-PB

ENDERECO
Rua Reinaldo dos Santos, N° 03, Bairro Trincheiras. JOÃO PESSOA-PB - CEP: 58011315. Fone: (83)3221-6832. E-mail: irene.7cartorio@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
JOÃO PESSOA-PB, 8 de Janeiro de 2018

Irene Gomes de Souza
Luciana Batista dos Santos
Escrevente Compromissada

Selo Digital: AEZ79562-Y9OE
Consulte a autencidade em: <https://selodigital.tjpj.jus.br>

7º Serviço Registral
Gomes de Souza
João Pessoa-PB

Farpen.

Farpen.

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 532844 B



CAGEPA

Nº Documento: 20191267911064

COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
06791106.4

VENCIMENTO
16/12/2019

FATURA

12/2019

MATRÍCULA 06791106.4	CLINETE MARIA APARECIDA OLIVEIRA	ESCRITÓRIO JOAO PESSOA	CPF/CNPJ: 705.XXX.XXX-XX	
INSCRIÇÃO 001.093.425.0050.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA ANTONIO FILHO, S/N - GRAMAME JOAO PESSOA PB 58067-070			
RESPONSÁVEL ENDERECO PARA ENTREGA				
ÁGUA LIGADO	ESGOTO FACTIVEL			
ÚLTIMOS CONSUMOS 11/2019 - 10 09/2019 - 10 07/2019 - 10 ECONOMIAS 1 CONS. POR ECONOMIA R		LEITURA ANTERIOR 1593 04/11/2019	CONSUMO (M ³) 9 NºHm: Y12N066979	CONSUMO/DIA DIAS 0,32
CONS. POR ECONOMIA COD. AUXILIAR R 52910		ATUAL 1602 03/12/2019		

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS		CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA	RESIDENCIAL 001 UNIDADE	9 M ³	37,91
CONSUMO DE ÁGUA			
ESGOTO	RESIDENCIAL 001 UNIDADE	9 M ³	30,33
CONSUMO DE ESGOTO			1,49
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT.	09/2019		0,41
JUROS DE MORA	09/2019		
Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.341 de 2012. R\$ 10,27			
		TOTAL R\$	70,14

SR. USUÁRIO: EM 30/11/2019, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DEBITO.

COMPARECA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR.

CASO TENHA PAGO APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 11/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif.Totais	
Cloro(mg/L)	P.H.			Colif.Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido em: 12/12/2019

Emitido por: INTERNET



CAGEPA

MATRÍCULA
06791106.4INSCRIÇÃO
001.093.425.0050.000FATURA
12/2019NÃO RECEBER APÓS
31/12/2020

VENCIMENTO

16/12/2019

VALOR R\$

70,14

GRUPO: 110

FIRMA: 2

82620000000-6 70140010001-5 06791106401-1 12201930003-9

VIA CAGEPA



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVA		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo: MARIA APARECIDA OLIVEIRA		Profissão: TEC DE ENFERMAGEM	Endereço: RUA ANTONIO FILHO	CPF: 403.909.234-09
Bairro: GRAMAME	Cidade: JOÃO PESSOA	Estado: PB	Número: 605	Complemento: CASA
E-mail:			CEP: 58067-070	Tel.(DDD): (83) 99633-9549

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA): **98890-4343**

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input 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 type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: BRADESCO
AGÊNCIA: 2340 <input type="checkbox"/> CONTA: 156289 <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA: 2340 <input type="checkbox"/> CONTA: 156289 <input type="checkbox"/>
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: **07.01.2018**

Grau de Parentesco com a vítima: **COMPANHEIRA** Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: **MARIA APARECIDA OLIVEIRA**

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Iniciativa
signo de
autenticidade
não alfabetizado
Local e Data: **JOÃO PESSOA, 11/12/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO.
Suelio Moreira Torres
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **VITORIA MARIA FIDELIS**

CPF: **020.241.054-40**

*** Maria Fidelis**

Assinatura

2º | Nome: **MARIA DELMIRO C. FIDELIS**

CPF: **586.434.354-49**

*** Maria Delmíro C. Fidelis**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 Y001/2018





VALOR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	R\$ 2.252,50
REF.	2 VTA
NOME	REGINALDO PEREIRA DA SILVA
MUNICÍPIO	MARIA DAS NEVES PEREIRA DA SILVA
DOC. CREDENCIAMENTO	25/03/1976
NASC. N.	1.279 FLS. 2.420 LTV
CARTRÍO ALAGOINHAS	PR
Aval. Aus. de São Paulo	Assunto: Requerimento Cria. e Cria.

A
h


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 03.01.01.012018.00646

REGINALDO PEREIRA DA SILVA

Órgão requisitante: Central de Flagrantes
Dr(a): Lidia Costa Veloso

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Delegado Titular
Delegacia de Acidentes de Veículos

CERTIDÃO¹ Lei Orgânica da Polícia Civil da Paraíba, LC 85/2009, artigo 233, inciso II.
CERTIFICO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.012018.00646, constante no IPL nº 017/2018. A referida é verdadeira, dou fé. Eu, Bel. Alcebíades B. de Azevedo, Mat. 155724-6, Escrivão de Polícia Civil da DEAVC,
João Pessoa, 04 de abril de 2018.



REGINALDO PEREIRA DA SILVA



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

C: 17218

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dr. Fábio de Almeida Gomes, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) Central de Flagrantes de nº 10/2018 datada de: 07/01/2018, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: REGINALDO PEREIRA DA SILVA, Nacionalidade: brasileira, Estado civil: Solteiro(a), 41 anos, natural de: Alagoa Grande/PB, sexo: Masculino, Raça/cor: pardo, filho/a de: não declarado e Maria da Neves Pereira da Silva, residente na Rua Antônio Filho, 605 Valentina-Gramame João Pessoa/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: A vítima, no dia 03.01.2018, por volta das 22:00 horas, foi atingido por uma motocicleta, cujo condutor não foi identificado, sendo socorrido para o Traumínha de Mangabeira e depois para o Hospital de Emergência e Trauma, onde veio a óbito no dia de hoje por volta das 14:30 horas.

Exame realizado em: 08/01/2018 às 08:00h.

I - INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver de sexo masculino, de cor parda, que mede 175cm de estatura, de compleição física longilínea, aparentando bom estado de nutrição e de conservação; trajando fralda descartável, está em rigidez cadavérica e mostra livres violáceos de hipostase em dorso; estando o cadáver em boas condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos castanhos e não apresenta sinais externos de violência. Pálpebras cerradas, globos oculares exibindo córneas transparentes, pupilas dilatadas, íris na cor castanho, escleróticas e conjuntivas brilhantes. Dos condutos auditivos; das narinas e da boca não surde secreção. Ausência de lesões violentas dignas de notas periciais: pescoço; tórax; abdome; genitália externa e membros superiores. Face: feridas contusas suturadas em região nasal e superciliar esquerda e equimose arroxeadas em região orbitária esquerda e região palpebral superior direita. Exame Odonto Legal em anexo. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais. Membros inferiores: equimose arroxeadas no terço proximal da coxa esquerda.

II - INSPEÇÃO INTERNA:

CAVIDADE CRANIANA: Feita uma incisão bi-mastoidea, rebatido o escalpo, foi constatada infiltração hemorrágica na face interna dos retalhos e mas a abóbada craniana não apresenta fraturas. Retirada a calota craniana, o(a) perito(a) observou edema cerebral e contusão hemorrágica em hemisfério cerebral direito. Removida a dura-máter, a base do crânio apresenta-se íntegra.
CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: Feita incisão fúrculo-pubiana, dissecados os planos músculos-cutâneos das paredes e retirado o plastrão condro esternal verificam-se fraturas no 2º, 3º e 4º

CERTIDÃO¹ ¹ Lei Orgânica da Polícia Civil da Paraíba, LC 85/2008, artigo 233, inciso II.
CERTIFICO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.012018.00646, constante no IPL nº 017/2018. A referida é verdadeira, dou fé. Eu, Bel. Alcebiades B. de Azevedo, Mat. 189724-6, Escrivão de Polícia Civil da DEAVC.
João Pessoa, 04 de abril de 2018

1



REGINALDO PEREIRA DA SILVA

Laudo nº: 03.01.01.012018.00646

arcos costais anteriores à esquerda, ausência de derrames anômalos em cavidades pleurais e integridade dos órgãos e vísceras intracavitários, sendo apenas constatada cardiomegalia e fígado com área amareladas (esteatose). 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

2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? EDEMA E CONTUSÃO CEREBRAL/ TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO.

3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO 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 com versos em branco e assinado pelo(a) perito(a) anteriormente nomeado(a).

Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB

CERTIDÃO¹ Lei Orgânica da Polícia Civil da Paraíba. LC 85/2008, artigo 233, inciso II.
CERTIFICO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.012018.00646, constante no IPL nº 017/2018. A referida é verdadeira, dou fé. Eu, Bel. Alcebiades B. de Azevedo, Mat. 155724-6, Escrivão de Polícia Civil da DEAVC.
João Pessoa, 04 de abril de 2018

2





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

C: 17218

LAUDO TANATOSCÓPICO

Seção de Odontologia

Data do exame: 08/01/2018 Hora do exame: 08:00

Órgão Requisitante: Central de Flagrantes. Nº da Solicitação: 10/2018. Autoridade Solicitante: Lidia Costa Veloso. Nome: REGINALDO PEREIRA DA SILVA, 41 anos, filho(a) de: não declarado e de: Maria da Neves Pereira da Silva. Sexo: Masculino. Estado civil: Solteiro(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Alagoa Grande/PB. Profissão: ignorado.

DADOS CARACTERÍSTICOS:

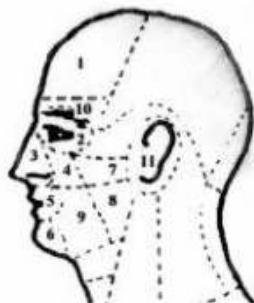
Rosto: oval. Sobrancelhas: retas. Pálpebras: abertas. Íris: castanhos. Cor: parda. Pupilas: dilatadas. Conjuntivas: brilhantes e hemorrágica no olho esquerdo. Nariz: mesorrino. Boca: média. Lábios: finos. Arco senil: sim. Barba: por fazer. Bigode: por fazer.

D	Dentes Decíduos								E	
55	54	53	52	51	61	62	63		64	65
85	84	83	82	81	71	72	73		74	75

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

CERTIDÃO¹ Lei Orgânica da Polícia Civil da Paraíba. LC 85/2008, artigo 233, inciso II.
CERTIFICO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.012018.00646, constante no IPI nº 017/2018. A referida é verdadeira, dou fé. Eu, Bel Alcebiadés B. de Azevedo, Mat. 15574-0, Escrivão de Polícia Civil da DEAVC.





REGIÕES DA FACE

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

Descrição do Exame: O cadáver apresenta equimose de coloração violácea nas regiões periorbitária esquerda e palpebral superior direita (próxima a comissura interna do olho). Observam-se duas feridas contusas de formatos irregulares aproximadas por pontos de sutura, sendo uma na região nasal (dorso do nariz) com 3,0 cm de extensão e outra na região superciliar esquerda com dimensão de 2,0 cm. Ao exame intra-oral, nota-se condição insatisfatória de conservação dos elementos dentários com presença de resto radicular de dente 36 e cálculo dentário nos dentes posteriores.

Fernanda Maria Torreão de V. Leite
Dr(a). Fernanda Maria Torreão de V. Leite
Perito Oficial Odonto-Legal
Mat: 168.251-2 CRO 4078/PB

CERTIDÃO¹ | Lei Orgânica da Polícia Civil da Paraíba, LC 85/2008, artigo 233, inciso II.
CERTIFICO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.012018.00646, constante no IPL nº 017/2018. A referida é verdadeira, dou fé. Eu, Bel. Alcebiades B. de Azevedo, Mat. 155724-6, Escrivão de Polícia Civil da DEAVC.
João Pessoa, 04 de abril de 2018

2

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
1^º SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
2^º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
*CENTRAL DE FLAGRANTES

C - 5728

REQUISIÇÃO DE EXAME Nº: 10/2018.

EXAME CADAVÉRICO

AUTORIDADE REQUISITANTE: DEL(a). LIDIA COSTA VELOSO

LOCAL: CENTRAL DE FLAGRANTES

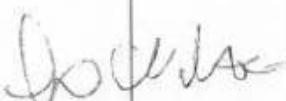
Data: 07.01.2018.

Senhor(a) Gerente,

Requisitamos a Vossa Senhoria às providências, para que no prazo legal (Art.160, parágrafo único do CPP, alterado pela Lei 8.862/94) seja procedido o **EXAME CADAVÉRICO** no cadáver de REGINALDO PEREIRA DA SILVA, brasileiro(a), nascido(a) em 25.03.1976, natural de Alagoa Grande/PB, união estável, filho de pai não declarado e de Maria das Neves Pereira da Silva, residente na rua Antonio Filho, nº. 605, Valentina, Gramame, João Pessoa/PB, telefone 9 8887-8678, (esposa) e que o Laudo seja encaminhado a DELEGACIA DE ACIDENTE DE VEÍCULO.

Histórico: A vítima, no dia 03.01.2018, por volta das 22:00 horas, foi atingido por uma motocicleta, cujo condutor não foi identificado, sendo socorrido para o Trauminha de Mangabeira e depois para o Hospital de Emergência e Trauma, onde veio a óbito no dia de hoje por volta das 14:30 horas.

Atenciosamente,


LIDIA COSTA VELOSO
Delegado(a) de Policia Civil

07/01/2018

23:13 H

A(o) Ilmo(a)
Sr(a). GERENTE DO GEMOL
João Pessoa/PB.

CERTIDÃO¹ Lei Orgânica da Polícia Civil da Paraíba, LC 85/2008, artigo 233, Inciso II.
CERTIFICO que a presente cópia CONFERE COM A ORIGINAL do laudo pericial nº 03.01.01.012018.00645, constante no IPL nº 017/2018. A referida é verdadeira, dou fé. Eu, Bel. Alcebiades B. de Azevedo, Mat. 195724-6, Escrivão de Policia Civil da DEAVC.
João Pessoa, 04 de abril de 2018





7º CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Irene Gomes de Souza - Titular
Francisca Gomes de Souza - Substituta
Q-15 Lote 03, s/n Cj. Renascer I (Varadouro)
João Pessoa-PB - Tel: (83)221-6832

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL
7º Cartório Civil da Cidade de João Pessoa
Capital do Estado da Paraíba
IRENE GOMES DE SOUZA
OFICIAL
FRANCISCA GOMES DE SOUZA
ESCRIVÃ SUBSTITUTO

ÓBITO N° 9.527

Certifico que, às fls. 161 v do livro N° C-13 de registro de óbitos consta que foi lavrado e arquivado neste Cartório no dia 02 de 05 de 2000, o assento de Miguel das Neves Paixão da Silva falecido a a 01 de maio de 2000, às 21:00 horas, em Hospital São José da Boa Vista, neste Capital do sexo masculino de cor pálida profissão de lar, natural de Silvânia - PB, residente e domiciliado neste Estado, com quarenta e seis anos de idade, estado civil sposseira, filh Ja de Augusto Paixão da Silva e de D. Alentinha Matos dos Santos.

Foi declarante Jenil Adelino sua viúva, sendo o atestado de óbito firmado por Dr. Euzebio da Costa Lima Pereira, n.º 1145, que declara que a morte ocorreu de forma natural, sem violência, desnutrição e metastase, cuja morte não foi violenta.

e o sepultamento feito no cemitério de Semear da Boa Vista - Bayeux - PB.

Observações: O falecido era solteiro mas deixou bons deixou filhos
conforme declarante. Fazendo acordo com a lei federal em
Lei nº 8.934 de 10/12/1997.

O referido é verdade e dou fé:

Irene Gomes de Souza
Irene Gomes de Souza
Oficial do Registro Civil



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
1^º SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
2^º DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES

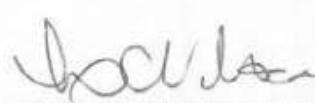
REQUISIÇÃO DE EXAME Nº: 10/2018.
EXAME CADAVÉRICO
AUTORIDADE REQUISITANTE: DEL(a). LIDIA COSTA VELOSO
LOCAL: CENTRAL DE FLAGRANTES Data: 07.01.2018.

Senhor(a) Gerente,

Requisitamos a Vossa Senhoria às providências, para que no prazo legal (Art.160, parágrafo único do CPP, alterado pela Lei 8.862/94) seja procedido o **EXAME CADAVÉRICO** no cadáver de REGINALDO PEREIRA DA SILVA, brasileiro(a), nascido(a) em 25.03.1976, natural de Alagoa Grande/PB, união estável, filho de pai não declarado e de Maria das Neves Pereira da Silva, residente na rua Antonio Filho, nº. 605, Valentina, Gramame, João Pessoa/PB, telefone 9 8887-8678, (esposa) e que o Laudo seja encaminhado a DELEGACIA DE ACIDENTE DE VEÍCULO.

Histórico: A vítima, no dia 03.01.2018, por volta das 22:00 horas, foi atingido por uma motocicleta, cujo condutor não foi identificado, sendo socorrido para o Trauminha de Mangabeira e depois para o Hospital de Emergência e Trauma, onde veio a óbito no dia de hoje por volta das 14:30 horas.

Atenciosamente,


LIDIA COSTA VELOSO
Delegado(a) de Policia Civil

A(o) Ilmo(a)
Sr(a). GERENTE DO GEMOL
João Pessoa/PB.



Identificação	<input type="checkbox"/> Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input type="checkbox"/> Não Fetal	<input type="checkbox"/> Data do óbito 07/11/2013	Hora:	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	<input type="checkbox"/> Naturalidade Munícipl / UF (se estrangeiro informar País)
	<input type="checkbox"/> Nome do Falecido <i>Leomaraldo Ferreira da Silva</i>	<input type="checkbox"/> Nome da Mãe <i>Wadosney Pereira da Silva</i>			
Residência	<input type="checkbox"/> Nome do Pai <i>Antônio Filho</i>	<input type="checkbox"/> Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Sexo 1 M - Masc. 2 F - Fem. 3 I - Ignorado	<input type="checkbox"/> Raça/Cor 1 Branca 2 Preta 3 Amarela	<input type="checkbox"/> Situação conjugal 1 Solteiro 2 Casado 3 União estável 4 Separado judicialmente 5 Divorciado 6 Viuvo 7 Ignorado
	<input type="checkbox"/> Data de nascimento <i>10/01/1980</i>	<input type="checkbox"/> Número 603	Complemento	<input type="checkbox"/> CEP 56030-000	
Ocorrência	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	<input type="checkbox"/> Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	<input type="checkbox"/> Código CBO 2002	
	<input type="checkbox"/> Logradouro (rua, praça, avenida, etc) <i>Antônio Filho</i>	<input type="checkbox"/> Número 603	Complemento	<input type="checkbox"/> CEP 56030-000	
Fetal ou menor que 1 ano	<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito <i>Intendente</i>	<input type="checkbox"/> Código 56030-000	<input type="checkbox"/> Município de residência <i>João Pessoa</i>	<input type="checkbox"/> Código 56030-000	<input type="checkbox"/> UF PB
	<input type="checkbox"/> Local de ocorrência do óbito 1 Hospital 2 Outros estab. saúde	<input type="checkbox"/> Endereço 3 Doméstico 4 Via pública 5 Aldeia 6 Indígena 7 Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Estabelecimento <i>Base de Emergência e Trauma</i>	<input type="checkbox"/> Código CNES	
<input type="checkbox"/> Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) <i>Antônio Filho</i>	<input type="checkbox"/> Número 56030-000	Complemento	<input type="checkbox"/> CEP 56030-000		
<input type="checkbox"/> Bairro/Distrito <i>Intendente</i>	<input type="checkbox"/> Código 56030-000	<input type="checkbox"/> Município de ocorrência <i>João Pessoa</i>	<input type="checkbox"/> Código 56030-000	<input type="checkbox"/> UF PB	
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE					
<input type="checkbox"/> Idade (anos) 27	<input type="checkbox"/> Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	<input type="checkbox"/> Série 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregado)	<input type="checkbox"/> Código CBO 2002	
<input type="checkbox"/> Número de filhos vivos Nascidos 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Nº de semanas de gestação 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tríplice e mais 4 <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesárea 3 <input type="checkbox"/> Ignorada	<input type="checkbox"/> Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 4 <input type="checkbox"/> Ignorado
<input type="checkbox"/> Peso ao nascer Gramas 99 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Número da Declaração de Nascido Vivo				
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL					
<input type="checkbox"/> A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No parto	<input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	
CAUSAS DA MORTE					
PARTE I					
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.					
CAUSAS ANTECEDENTES					
Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.					
PARTE II					
Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.					
ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					
<i>Edema e contusão cerebral</i>					
Devido ou como consequência de:					
<i>Envenenamento Crônico crápico</i>					
Devido ou como consequência de:					
<i> </i>					
Devido ou como consequência de:					
<i> </i>					
Tempo aproximado entre o início da doença e a morte					
CID					
<input type="checkbox"/> Nome do Médico <i>Francisco Divino S. de Melo</i>	<input type="checkbox"/> CRM 3272	<input type="checkbox"/> Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IMI	<input type="checkbox"/> Município e UF do SVO ou IML <i>João Pessoa</i>	<input type="checkbox"/> UF	
<input type="checkbox"/> Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 32185219	<input type="checkbox"/> Data de atestado 01/01/2013	<input type="checkbox"/> Assinatura <i>R. Melo</i>	<i>Dra. Fca. Divino S. de Melo</i> CRM-PB 3272 CRM-PE 3272 Parte Médico - Legal		
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)					
<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Homicídio	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Acidente do trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	<input type="checkbox"/> Fonte de informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Ignorado 9
<input type="checkbox"/> Descrição sumária do evento <i>Acidente de moto em 07/11/2013</i>	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência				
<input type="checkbox"/> Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	<input type="checkbox"/> Número 603	<input type="checkbox"/> Bairro Intendente	<input type="checkbox"/> Município João Pessoa	<input type="checkbox"/> UF PB	
<input type="checkbox"/> Cartório Cartório	<input type="checkbox"/> Código 56030-000	<input type="checkbox"/> Registro 56030-000	<input type="checkbox"/> Data 01/01/2013		



Guia de Remoção de Cadáveres

11
RECIBO

ENCAMINHAMENTO	DATA DO ÓBITO
(<input checked="" type="checkbox"/> IMI) SVO HORA: 11:15	DATA: 07/01/18
I-Unidade Hospitalar: H. Trauma Sen. Presidente Getúlio	
Registro:	
Endereço: Av. Presidente Getúlio Vargas, Pedro Jardim	
II-Identificação do Cadáver	
Nome: Ligeiro de Peleira de Silva	Idade Provável: 41a.
Sexo: M Cor: Pardo Cor dos Cabelos: Pardo Ocupação:	
Gestante: (<input type="checkbox"/>) Sim (<input checked="" type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) IGN Sinais Particulares:	
Tatuagens: (<input type="checkbox"/>) Local:	



Município:
Preencher para óbito fetal e de menores de um ano:
Nome do Pai:
Nome da Mãe:
Pai Ocupação Habitual:
Mãe Ocupação Habitual:
Pai Grau Instrução: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> IGN
Mãe Grau Instrução: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Fundamental <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/> IGN
N de Filhos: Nascidos Vivos _____ Nascidos Mortos _____ Total: _____
Duração da Gestação em Semanas: <input type="checkbox"/> Menores de 20 <input type="checkbox"/> de 20 a 27 <input type="checkbox"/> de 28 ou Mais <input type="checkbox"/> Ignorado
Gravidez: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Triplice <input type="checkbox"/> Mais de 03 <input type="checkbox"/> IGN
Parto: <input type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> Operatório <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> IGN
Morte (em relação ao parto): <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> IGN
Para menores de 28 dias ou óbito: Peso ao nascer: _____ g <input type="checkbox"/> IGN
III-Local de Ocorrência do Óbito
<input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Via Pública <input checked="" type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado
Endereço: Av. Oeste Leste s/n Poco Fundim
IV-Circunstâncias em que Ocorre a Morte: 1 <input type="checkbox"/> Morte Natural 1.1 <input type="checkbox"/> Agônica 1.2 <input type="checkbox"/> Súbita 2 <input checked="" type="checkbox"/> Morte Violenta 2.1 <input type="checkbox"/> Homicídio 2.3.1 <input type="checkbox"/> Trânsito <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/> Capotamento 2.2 <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Pedestre (atropelamento) <input type="checkbox"/> Colisão 2.3 <input checked="" type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> ING 2.3.2 <input type="checkbox"/> Trabalho 2.3.3 <input type="checkbox"/> Em domicílio 2.3.4 <input type="checkbox"/> Outros 2.3.5 <input type="checkbox"/> Outros

F(NG).APC.029-2





OBS: COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
DAS DUAS TESTEMUNHAS

 CAGEPA COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67		<small>PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO MATRÍCULA</small> 1279 <small>REFERÊNCIA</small> FEV/2019																																		
CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS																																				
MARIA DELMIRO CALIXTO FIDELIS RUA PE ANTONIO PEREIRA, 10 - VARADOUERO JOAO PESSOA PB 58010- 600																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Inscrição</th> <th>SMI</th> <th colspan="3">Quantidade de Economias</th> <th>Responsável</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>Residencial</th> <th>Comercial</th> <th>Industrial</th> <th>Básica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>001 005 035 0185 000</td> <td>19/01</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Hidrômetro</td> <td>Data de Instalação</td> <td>Localização</td> <td>Situação Água</td> <td>Situação Esgoto</td> <td></td> </tr> <tr> <td>VIAN 316461</td> <td>19/08/2014</td> <td>EXT LACRADO</td> <td>LACRADO</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável			Residencial	Comercial	Industrial	Básica	001 005 035 0185 000	19/01	1	0	0	0	Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		VIAN 316461	19/08/2014	EXT LACRADO	LACRADO					
Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável																															
		Residencial	Comercial	Industrial	Básica																															
001 005 035 0185 000	19/01	1	0	0	0																															
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto																																
VIAN 316461	19/08/2014	EXT LACRADO	LACRADO																																	
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NÚM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA 1557 1585 28 30 28/02/2019 HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS. JAN/2019 24 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORDES DEZ/2018 22 TURBIDEZ 268 268 268 NOV/2018 23 CLORO 268 268 268 OUT/2018 21 COL. TERMOT. 0 0 0 SET/2018 22 COR 73 103 103 AGO/2018 22 COL. TOTAIS 268 268 268 MEDIACAO 22 DADOS REFERENTES A: DEZ/2018																																				
DATA DA IMPRESSÃO: 01/02/2019		HORA DA IMPRESSÃO: 09:53:12																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>DESCRICAÇÃO</th> <th>CONSUMO</th> <th>TOTAL (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÁGUA</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATE 10 m³ - R\$ 2,91 POR UNIDADE</td> <td>10 m³</td> <td>27,91</td> </tr> <tr> <td>11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³</td> <td>10 m³</td> <td>48,90</td> </tr> <tr> <td>21 m³ A 30 m³ - R\$ 6,45 POR m³</td> <td>8 m³</td> <td>51,60</td> </tr> <tr> <td>ESGOTO</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ATE 10 m³ - R\$ 3,33 POR UNIDADE</td> <td>10 m³</td> <td>33,33</td> </tr> <tr> <td>11 m³ A 20 m³ - R\$ 3,91 POR m³</td> <td>10 m³</td> <td>39,10</td> </tr> <tr> <td>21 m³ A 30 m³ - R\$ 5,81 POR m³</td> <td>8 m³</td> <td>46,48</td> </tr> </tbody> </table>				DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)	ÁGUA			RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			ATE 10 m ³ - R\$ 2,91 POR UNIDADE	10 m ³	27,91	11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³	48,90	21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 6,45 POR m ³	8 m ³	51,60	ESGOTO			RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			ATE 10 m ³ - R\$ 3,33 POR UNIDADE	10 m ³	33,33	11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 3,91 POR m ³	10 m ³	39,10	21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 5,81 POR m ³	8 m ³	46,48
DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL (R\$)																																		
ÁGUA																																				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																				
ATE 10 m ³ - R\$ 2,91 POR UNIDADE	10 m ³	27,91																																		
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 4,89 POR m ³	10 m ³	48,90																																		
21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 6,45 POR m ³	8 m ³	51,60																																		
ESGOTO																																				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)																																				
ATE 10 m ³ - R\$ 3,33 POR UNIDADE	10 m ³	33,33																																		
11 m ³ A 20 m ³ - R\$ 3,91 POR m ³	10 m ³	39,10																																		
21 m ³ A 30 m ³ - R\$ 5,81 POR m ³	8 m ³	46,48																																		
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 23,52 PTS E CONINS-LEI 12.741/12																																				
VENCIMENTO: 17/02/2019	Total a Pagar: R\$ 254,32																																			
<small>CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEPA CONDIÇÃO DE FATURAMENTO: REAL</small>																																				
<small>TIPO DE TARIFA: 1</small>																																				
<small>INFORMAÇÕES GERAIS:</small>																																				
<small>*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO *** *** WWW.T RANSAPRENCIA.PB.GOV.BR *** DECLARAMOS NÃO EXISTIR DEBITOS DE FATU RAS DE 2018 - LEI 12807/09</small>																																				



DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PÁL. MATEU) OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA VÍTIMA MENOR DE 15 ANOS)

) CARTERA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO
OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO COMBOSQUE (MÁRIO OU MULHER)

) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) PAPEL ACCIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006, DECLARAÇÃO DE JUDICIAL DA UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) PROVA DE COMPANHEIRO(J) JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTERA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UNDRESSES DOCUMENTOS, DA AVARIA JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHECE A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

) TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES
- * Morte - R\$ 13.500,00
 - * Invalidiz permanente - Até R\$ 13.500,00
 - * Despesas médicas (DAMS) - Até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

* O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS ABAIXO, NESTE FORMULÁRIO

- * PARA ACOMPANHAR O PÉDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 012 1704

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

-) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
-) CERTIDO DE ÓBITO (NA VÍTIMA) (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
-) CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
-) CARTERA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
-) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
-) CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
-) LAUDO CADAVÉTRICO (NAU) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECESSÁRIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
-) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
-) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como Cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452182/19

Vítima: REGINALDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 705.909.234-04

CPF de: Representante

Data do acidente: 03/01/2018

Titular do CPF: MARIA APARECIDA OLIVEIRA

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA APARECIDA OLIVEIRA : 705.909.234-04

- 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: 16/12/2019
Nome: MARIA APARECIDA OLIVEIRA
CPF: 705.909.234-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MARIA APARECIDA OLIVEIRA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:22:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120109222649200000035590246>
Número do documento: 20120109222649200000035590246

Num. 37297281 - Pág. 26