



DESO - Companhia de Saneamento de São Paulo
RUA EST. DA MOITA, 131, 1º AND. - JARDIM SÃO CARLOS, 05078-000
CNPJ: 07.041.171/0001-90 E-mail: deso@deso.sp.gov.br

FATURA MENSAL *

Matrícula

474236-2

JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA

CPF

..***-**

RUA EST DA MOITA, 131, POV BRASILIA, 49400-000

417021/00227

17/05/2022

A16N276990

REC: *

Leit. Anterior 293
Leit. Atual 297
Consumo Faturado (m³) 10
Média de consumo (m³) 4
Data da Leit. Anterior 14/04/22
Dias de Consumo 33
Média diária (m³) 0,12
Previsão para Prox. Leit. 16/06/22

HISTÓRICO DE CONSUMO

RL	(R3)
04/22	00011
05/22	00009
02/22	00004
01/22	00010
12/21	00002
11/21	00002

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
COTA INCL. 3,18 PÁG. 1º 0,00

Serviço
AQUA
ESGOTO

Valor

41,85
0,00

Mês Referência

05/2022

VENCIMENTO: 24/05/2022

TOTAL A PAGAR R\$

41,85

****CERTIDÃO DE QUITAÇÃO**** Declaramos que as faturas de consumo de água e esgoto da presente matrícula, relativas a 2021, foram pagas. Esta certidão não abrange parcelas vindendas, serviços a cobrar e contas em revisão.

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após sua vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art 81, Decreto Lei nº 27.585/2010.

Preçosa de apoio emocional? Ligue 168 (gratuito) - CVV: Centro de Valorização da Vida

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0100 - SAC: 4030-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso.sp.gov.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 2.466/2005 - ANVISA Portaria)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fluoretos
nº 1 - Índice de Abordagem Engloba	78	19	78	78
nº 2 - Qualidade Analisada	81	81	81	81
nº 3 - Índice de Qualidade com Parâmetros	71	80	89	74

Folha 1 de 1



DESO - Companhia de Saneamento de São Paulo
RUA EST. DA MOITA, 131, 1º AND. - JARDIM SÃO CARLOS, 05078-000
CNPJ: 07.040.171/0001-90 E-mail: deso@deso.sp.gov.br

FATURA MENSAL *

Matrícula

474236-2

JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA

CPF

-**-*-**

RUA EST DA MOITA, 131, POV BRASILIA, 49400-000

417021/00227

17/05/2022

A16N276990

REC: *

Leit. Anterior 293
Leit. Atual 297
Consumo faturado (m³) 10
Média de consumo (m³) 4
Data da Leit. Anterior 14/04/22
Dias de Consumo 33
Média diária (m³) 0,12
Previsão para Prox. Leit. 16/06/22

HISTÓRICO DE CONSUMO

RL	RS
04/22	00011
05/22	00009
02/22	00004
01/22	00010
12/21	00012
11/21	00002

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
COTA INCL. 3,18 PÁG. 1º 0,00

Serviço
AQUA
ESGOTO

Valor

41,85
0,00

Mês Referência

05/2022

VENCIMENTO: 24/05/2022

TOTAL A PAGAR R\$

41,85

****CERTIDÃO DE QUITAÇÃO**** Declaramos que as faturas de consumo de água e esgoto da presente matrícula, relativas a 2021, foram pagas. Esta certidão não abrange parcelas vincendas, serviços a cobrar e contas em revisão.

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após seu vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 81, Decreto Lei nº 27.585/2010.

Preços de apoio ambiental? Ligue 168 (gratuito) - CVV: Centro de Autorização de Vida

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0100 - SAC: 4030-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso.sp.gov.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 2.466/2005 - ANVISA Portaria)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fluoretos
nº 1 - Índice de Abordagem Engloba	78	19	78	78
nº 2 - Qualidade Ambiental	81	81	81	81
nº 3 - Índice de Qualidade da Água Potável	71	80	89	74

Folha 1 de 1

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: 036.726.425-09 4 - Nome completo da vítima: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: Natália de Lucos de Almeida 6 - CPF: 889.396.935-15
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Estrada de João de Deus 803 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Logrito 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49400-000
15 - E-mail: jessiane.2015@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 1996395654

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☒ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: 0645 001 CONTA: 00022856 2

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 29/10/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vairixox)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Natália de Lucos de Almeida
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: Jussiane dos Santos Fontes
CPF: 064.229.295-79
Assinatura da testemunha:
39 - 2ª Nome: Jussiane Almeida Santos
CPF: 068.496.835-51
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: 03 de Agosto de 2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Natália de Lucos de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

Nome completo da vítima

026.726.425-09

Francisca de Almeida Barz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

Francisca de Almeida Barz

6 - CPF

331.873.665-87

7 - Profissão

Apresentada

8 - Endereço

Rua Est. da Mota, 131

9 - Número

131

10 - Complemento

Casa

11 - Bairro

Parado Brasília

12 - Cidade

Itapetuma

13 - Estado

Sergipe

14 - CEP

49.400-000

15 - E-mail

arturaxcelaradexcia@gmail.com

16 - Tel. (DDD)

79.96650234

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

☐ RECUO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0645

CONTA:

865662196

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

29/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Genitora

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vários)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

1

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☒ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itapetuma/SE 06/07/2022

Francisca de Almeida Barz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **036.726.425-09** Nome completo da vítima: **JESSICA DE AMEIRA CPE**

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

Nome completo: **JOSE FRANCISCO DE AMEIRA** CPF: **060.300.175-00**
Profissão: **APOSENTADO** Endereço: **ESTRADA JOAO DE ZEA IRENO** Número: **949** Complemento: _____
Bairro: **URUBU GRANDE** Cidade: **LAGARTO** Estado: **SE** CEP: **49400-000**
E-mail: **GEYSIANNE.2015@GMAIL.COM** Tel./DDD: **9866.1216**

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **8166** **6** CONTA: **18234** **6**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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: **29/02/2020**
Grau de Parentesco com a vítima: **2º Grau (AVÔ)** Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **LAGARTO SE, 02 de outubro de 2020**
Nome: _____
CPF: _____
(*) Assinatura da quem assina A ROGO
João Francisco de Almeida
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS
1ª | Nome: **GILDEON FRANCISCO DE AMEIRA**
CPF: **625.947.705-82**
Gildem Francisco de Almeida
Assinatura
2ª | Nome: **JOHANIA FRANCISCA DE A. GOMES**
CPF: **959.893.075-72**
Johania F. de Almeida Gomes
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

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: 036.726.425-09 4 - Nome completo da vítima: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: Natália de Lucos de Almeida 6 - CPF: 889.396.935-15
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Estrada de João de Deus 803 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Logrito 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49400-000
15 - E-mail: jessiane.2015@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 1996395654

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☒ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: 0645 001 CONTA: 00022856 2

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 29/10/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vairixox)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Natália de Lucos de Almeida
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Natália de Lucos de Almeida
38 - 1ª Nome: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA
CPF: 064.229.295-79
Assinatura da testemunha: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA
39 - 2ª Nome: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA
CPF: 068.496.835-51
Assinatura da testemunha: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA

40 - Local e Data: 03 de Agosto de 2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Natália de Lucos de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

Nome completo da vítima

026.726.425-09

Francisca de Almeida Barz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

Francisca de Almeida Barz

6 - CPF

331.873.665-87

7 - Profissão

Apresentada

8 - Endereço

Rua Est. da Mota, 131

9 - Número

131

10 - Complemento

Casa

11 - Bairro

Parado Brasília

12 - Cidade

Itapetininga

13 - Estado

Sergipe

14 - CEP

49.400-000

15 - E-mail

carlosxcelsoxcelsoxcelso@gmail.com

16 - Tel. (DDD)

79.98650234

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

☐ RECUO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0645

CONTA: 865662196

AGÊNCIA:

CONTA:

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

29/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Genitora

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou sucessor(es)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☒ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itapetininga/SE 06/07/2022

Francisca de Almeida Barz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☒

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

026.726.425-09

Nome completo da vítima

Francisca de Almeida Barz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

Francisca de Almeida Barz

Profissão:

Assentada

Endereço:

Rua Est. da Mota, 131

Barrio:

Parado Brasília

Cidade:

Itapetino

6 - CPF

331.873.665-87

9 - Número:

131

10 - Complemento:

Casa

13 - Estado:

Sergipe

14 - CEP

49.400-000

15 - E-mail:

arturaxcelaradexcia@gmail.com

16 - Tel. (DDD)

79.98650234

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

☐

RECUZO INFORMAR

☐

SEM RENDA

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☒

R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0645

CONTA: 865662196

1

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

29/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Genitora

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☒

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☒

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(vários)?

☐

Sim

☒

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☒ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itapetino/SE 06/07/2022

Francisca de Almeida Barz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SERGIPE
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "DR. CARLOS MENEZES"

MAIOR DE 60 ANOS

Jose Francisco de Almeida
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 281.322 2.VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2017

NOME
JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA

FILIAÇÃO
OTACILIA DA CRUZ
JOAO FRANCISCO DE ALMEIDA

NATURALIDADE
LAGARTO-SE- DATA DE NASCIMENTO 08/10/1936

DOC ORIGEM
CT. CASAN 11031200551979200002247000027765
QRT. 20F. DIST. CON. LAGARTO/SE
060.300.175-00

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MAIOR DE 60 ANOS

Notilde Euzes de Almeida

SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ESQUEMA DE SE SIGUE

25/02/2013

12/03/1946

MAIOR DE 60 ANOS

Notilde Euzes de Almeida

SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL
ESTADO DO RIO DE JANEIRO

ESQUEMA DE SE SIGUE

25/02/2013

12/03/1946

CT. COORDENADO Nº 27 LV B 26 PL 207
CART. DIST. COORDENADO-SE
SEP. 2006, 703-15

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTILHA DE IDENTIDADE

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Lucia de Almeida Cruz*

Sexo: *F*

Local de Nascimento: *LAGARTO-SE*

Data de Nascimento: *06/11/1991*

RG: *3.161.722-0*

CPF: *036.726.425-09*

Assinatura: *[Assinatura]*

Foto: *[Foto]*

Validade: *31/10/2012*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTILHA DE IDENTIDADE

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: *JESSICA DE ALMEIDA CRUZ*

Sexo: *F*

Local de Nascimento: *LAGARTO-SE*

Data de Nascimento: *06/11/1991*

RG: *3.161.722-0*

CPF: *036.726.425-09*

Assinatura: *[Assinatura]*

Foto: *[Foto]*

Validade: *31/10/2012*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	773.519	2.VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	05/01/2016
----------------	---------	-------	-------------------	------------

NOME
JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CARVALHO

FILIAÇÃO
JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA
MATILDE LUCAS EVANGELISTA

NATURALIDADE
LAGARTO-SE

DATA DE NASCIMENTO
05/12/1964

DOC ORIGEM
CT. CASAM. NR 057572 LV E 193 FL 166
CPF CART.DIST.SAO MIGUEL PAULISTA COM,SAO PAULO-SP
311.873.665-87

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DIRETORIA DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



SE

NOME

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

- DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / E

31617220

ESP



- CPF

036.726.425-09

05/1/13

- FILIAÇÃO

EGNALDO JOSE DA CRUZ

JOSEFA FRANCISCA DE
ALMEIDA CRUZ

- PERMISSÃO

• AGC

- CAT 1992

- N° REGISTRO

06601502200

VALIDADE

29/08/2020

REABILITAÇÃO

16/04/2016

- OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

- DATA DE EMISSÃO

18/04/2017

LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO
DIRETOR - PRESIDENTE

ASSINATURA DO EMISSOR

63059001431
SE019309570

SERGIPE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1415189060

PROIBIDO PLASTIFICAR

1415189060

1415189060



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	773.519	2.VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	05/01/2016
----------------	---------	-------	-------------------	------------

NOME
JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CARVALHO

FILIAÇÃO
JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA
MATILDE LUCAS EVANGELISTA

NATURALIDADE
LAGARTO-SE

DATA DE NASCIMENTO
05/12/1964

DOC ORIGEM
CT. CASAM. NR 057572 LV E 193 FL 166
CPF CART.DIST.SAO MIGUEL PAULISTA COM,SAO PAULO-SP
311.873.665-87

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DIRETORIA DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



SE

NOME

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

- DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / E:

31617220

ESP



- CPF

036.726.425-09

05/1/15

- FILIAÇÃO

EGNALDO JOSE DA CRUZ

JOSEFA FRANCISCA DE
ALMEIDA CRUZ

- PERMISSÃO

• AGC

- CAT 1992

- N° REGISTRO

06601502200

VALIDADE

29/08/2020

REHABILITACIÓN

15/04/2016

- OBSERVAÇÕES

SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

ARACAJU, SE

- DATA DE EMISSÃO

18/04/2017

LUIZ DE AZEVEDO COSTA NETO
DIRETOR - PRESIDENTE

63059001431
SE019309570

ASSINATURA DO EMISSOR

SERGIPE

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1415189060

PROIBIDO PLASTIFICAR

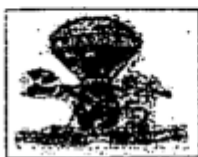
1415189060

1415189060

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
CADAVÉRICO

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

LAUDO Nº 1681/2020



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME CADAVERICO

quarta-feira, 4 de março de 2020

Nº Laudo

1681/2020

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	JESSICA DE ALMEIDA CRUZ	Nascimento	05/11/1991	Idade	28	Naturalidade	LAGARTO
Estado Civil	SOLTEIRO	Sexo	FEMININO	Cor	BRANCA	Profissão	ESTUDANTE
Instrução	SUPERIOR	Nome da Mãe	JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ	Nome do Pai	EGNALDO JOSE DA CRUZ	UF	SE
IMCOMPLETO							
Endereço	ESTRADA DE JOÃO DE ZECA IRENO Nº949	Bairro	ZONA RURAL	Município	LAGARTO/SE		
Nome da Autoridade	BEL JEFFERSON PIRES	Função	BEL JEFFERSON PIRES	Unidade	DELEGACIA DE LAGARTO		
1º Perito Relator	DRª MONICA FIGUEIROA SANTANA	Cremesel/Crose	4912	2º Perito Relator		Cremesel/Crose	Nº LAUDO
							1681/2020

Local da Perícia
Sala de Necrópsias do IML

Tipo

Causa

Historico/Descrição

Historico

O corpo deu entrada neste Instituto às 03:10 horas do dia 01 de março de 2020. Das informações obtidas, consta ter sido vítima de acidente de trânsito (motocicleta x animal). Fato e óbito ocorridos às 23:00 do dia 29 de fevereiro de 2020, em via pública, na Rodovia SE-270, no município de Lagarto/SE.

Exame Externo

a) Vestes: (tipo, estado, manchas, perfurações, etc)

Casaco marrom; blusa rosa; calça jeans; sutiã preto e vermelho; e calcinha bege.

b) Característica de identificação (sexo, cabelo, estatura, complexão física, condições dentária, sinais particulares, idade aparente)

Sexo feminino; cor branca; cabelos pretos, longos e lisos, medindo 1,60 m de comprimento e idade aparente de 28 anos. Complexão física: normolínea. Mamas pequenas e densas. Dentição completa e em bom estado de conservação.

c) Dados Tanatológicos (Livores hipostáticos, manchas verde, turgescência, etc)

Livores hipostáticos em região posterior de tronco, nuca, glúteo e membros inferiores; hipotermia e sinais abióticos.

d) Lesões (descrição minuciosa das lesões externas encontradas utilizando-se esquema)

Otorragia bilateral. Escoriações, de morfologia irregular, de coloração rubra, localizadas: na região frontal, no nariz e na região mentoniana inferior. Hiper mobilidade de antebraço direito.

Exame Interno/Complementares

a) Cavidade craniana

Fratura de ossos de base de crânio. Hematoma extradural e subdural em região parietal esquerda e frontal. Contusão cerebral. Hemorragia intracraniana difusa. Traumatismo cranioencefálico.

b) Pescoço

Nada digno de nota.

c) Membros

Fratura não exposta de ulna e rádio direitos. Pés em extensão. Lesões de tecidos muscular e vascular.

d) Cavidade torácica

Contusão pulmonar bilateral.

e) Cavidade Abdominal

Ausência de lesões traumáticas nesta cavidade.

f) Cavidade pélvica:

Útero não gravídico.

EXAME COMPLEMENTARES

a) Anátomo - Patológico

XXXXX

b) Quais revelaram

XXXXX

c) Toxicológico

Colhidas amostras de sangue e humor vítreo para exame de alcoolemia

Aguardando resultado.

d) Deu como resultado

XXXXX

e) Outros

XXXXX

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Os achados são compatíveis com a história da ocorrência policial e as lesões descritas, foram produzidas por ação contundente durante o acidente. O óbito se deu no instante da ocorrência, pela extensão e gravidade das lesões descritas em cavidade craniana, que levaram a uma evolução desfavorável.

Conclusão

Que a vítima sofreu ação contundente, tendo como causa *mortis* hemorragia intracraniana e traumatismo cranioencefálico pós ação contundente.

Questões/Respostas:

1º) Houve morte?

Sim.

2º) Qual a causa?

Hemorragia intracraniana e traumatismo cranioencefálico.

3º) Qual instrumento ou meio que produziu?

Contundente

4º) Foi produzida por meio de veneno, fogo, foco explosivo, asfixia ou meio insidioso ou cruel?

Não.

Este documento, foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DRª MONICA FIGUEIROA SANTANA

4912

Dr. Victor V. Barros
Diretor Geral IML
COGERP/SSP/SE
CRM: 3296
Nº LAUDO 1681/2020



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
ARACAJU - SE

Requisição de Exame Pericial- Necroscópico - Nº
BO Nº 22971/2020

Ao(A) Sr(a)
DIRETOR DO IML
ARACAJU - SE.

Prezado(a) Senhor(a),

Solicitamos a Vossa Senhoria, a realização de Exame Pericial Necroscópico na pessoa de: Jessica de Almeida Cruz, CPF: 036.726.425-09, RG Número: 31617220, Orgão Expedidor: ssp, Estado: SE, Município: Lagarto, Data de Expedição: 31/10/2012, Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz, Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz, Sexo: Feminino, Identidade de Gênero: Mulher, Raça/Cor: Parda, Estado Civil: Solteiro(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Lagarto/SE, Idade: 28 anos, Data de Nascimento: 05/11/1991, Escolaridade: Ensino Superior Incompleto, Endereco: povoado urubu grande, zona rural de lagarto, Bairro: centro, Aracaju/SE, Telefone: (79) 9997-2121 (Celular).

QUESITOS: Qual a causa da morte? Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?

Data do Fato: 29/02/2020.

Hora dos Fato: 22:00.

Endereço do local do fato: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias, Povoado Boeiro Lagarto-Sergipe.

Relato Histórico: RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL. QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO. QUE *TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

EMITIR: Exame Definitivo

OBS: Remeter Laudo para: Central de Flagrantes , Email:

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
CADAVÉRICO

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

LAUDO Nº 1681/2020



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME CADAVERICO

quarta-feira, 4 de março de 2020
Nº Laudo
1681/2020

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	JESSICA DE ALMEIDA CRUZ	Nascimento	05/11/1991	Idade	28	Naturalidade	LAGARTO		
Estado Civil	SOLTEIRO	Sexo	FEMININO	Cor	BRANCA	Profissão	ESTUDANTE	UF	SE
Instrução	SUPERIOR INCOMPLETO	Nome da Mãe	JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ	Nome do Pai	EGNALDO JOSE DA CRUZ				
Endereço	ESTRADA DE JOÃO DE ZECA IRENO Nº949	Bairro	ZONA RURAL	Município	LAGARTO/SE				
Nome da Autoridade	BEL JEFFERSON PIRES	Função	BEL JEFFERSON PIRES	Unidade	DELEGACIA DE LAGARTO				
1º Perito Relator	DRª MONICA FIGUEIROA SANTANA	CremeselCrose	4912	2º Perito Relator		CremeselCrose			
						Nº LAUDO	1681/2020		
Local da Perícia	Sala de Necrópsias do IML	Tipo		Causa					

Historico/Descrição

Historico

O corpo deu entrada neste Instituto às 03:10 horas do dia 01 de março de 2020. Das informações obtidas, consta ter sido vítima de acidente de trânsito (motocicleta x animal). Fato e óbito ocorridos às 23:00 do dia 29 de fevereiro de 2020, em via pública, na Rodovia SE-270, no município de Lagarto/SE.

Exame Externo

a) Vestes: (tipo, estado, manchas, perfurações, etc)

Casaco marrom; blusa rosa; calça jeans; sutiã preto e vermelho; e calcinha bege.

b) Característica de identificação (sexo, cabelo, estatura, complexão física, condições dentária, sinais particulares, idade aparente)

Sexo feminino, cor branca, cabelos pretos, longos e lisos, medindo 1,60 m de comprimento e idade aparente de 28 anos. Complexão física: normolínea. Mamas pequenas e densas. Dentição completa e em bom estado de conservação.

c) Dados Tanatológicos (Livores hipostáticos, manchas verde, turgescência, etc)

Livores hipostáticos em região posterior de tronco, nuca, glúteo e membros inferiores; hipotermia e sinais abióticos.

d) Lesões (descrição minuciosa das lesões externas encontradas utilizando-se esquema)

Otorragia bilateral. Escoriações, de morfologia irregular, de coloração rubra, localizadas: na região frontal, no nariz e na região mentoniana inferior. Hiper mobilidade de antebraço direito.

Exame Interno/Complementares

a) Cavidade craniana

Fratura de ossos de base de crânio. Hematoma extradural e subdural em região parietal esquerda e frontal. Contusão cerebral. Hemorragia intracraniana difusa. Traumatismo cranioencefálico.

b) Pescoço

Nada digno de nota.

c) Membros

Fratura não exposta de ulna e rádio direitos. Pés em extensão. Lesões de tecidos muscular e vascular.

d) Cavidade torácica

Contusão pulmonar bilateral.

e) Cavidade Abdominal

Ausência de lesões traumáticas nesta cavidade.

f) Cavidade pélvica:

Útero não grávidico.

EXAME COMPLEMENTARES

a) Anátomo - Patológico

XXXXX

b) Quais revelaram

XXXXX

c) Toxicológico

Colhidas amostras de sangue e humor vítreo para exame de alcoolemia. Aguardando resultado.

d) Deu como resultado

XXXXX

e) Outros

XXXXX

Comentário Médico\Conclusão\Quesitos Respostas

Comentário Médico - Forense

Os achados são compatíveis com a história da ocorrência policial e as lesões descritas, foram produzidas por ação contundente durante o acidente. O óbito se deu no instante da ocorrência, pela extensão e gravidade das lesões descritas em cavidade craniana, que levaram a uma evolução desfavorável.

Conclusão

Que a vítima sofreu ação contundente, tendo como causa *mortis* hemorragia intracraniana e traumatismo cranioencefálico pós ação contundente.

Quesitos/Respostas:

1º) Houve morte?

Sim.

2º) Qual a causa?

Hemorragia intracraniana e traumatismo cranioencefálico.

3º) Qual instrumento ou meio que produziu?

Contundente.

4º) Foi produzida por meio de veneno, fogo, foco explosivo, asfixia ou meio insidioso ou cruel?

Não.

Este documento foi expedido via eletrônico (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DRª MONICA FIGUEIROA SANTANA

4912

Dr. Victor V. Barros
Diretor Geral IML
COGERP/SSP/SE
CRM: 3296
Nº LAUDO 1681/2020



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
ARACAJU - SE

Requisição de Exame Pericial- Necroscópico - Nº
BO Nº 22971/2020

Ao(A) Sr(a)
DIRETOR DO IML
ARACAJU - SE.

1681

Prezado(a) Senhor(a),

Solicitamos a Vossa Senhoria, a realização de Exame Pericial Necroscópico na pessoa de: Jessica de Almeida Cruz, CPF: 036.726.425-09, RG Número: 31617220, Orgão Expedidor: ssp, Estado: SE, Município: Lagarto, Data de Expedição: 31/10/2012, Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz, Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz, Sexo: Feminino, Identidade de Gênero: Mulher, Raça/Cor: Parda, Estado Civil: Solteiro(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Lagarto/SE, Idade: 28 anos, Data de Nascimento: 05/11/1991, Escolaridade: Ensino Superior Incompleto, Endereco: povoado urubu grande, zona rural de lagarto, Bairro: centro, Aracaju/SE, Telefone: (79) 9997-2121 (Celular).

QUESITOS: Qual a causa da morte? Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?

Data do Fato: 29/02/2020.

Hora dos Fato: 22:00.

Endereço do local do fato: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias, Povoado Boeiro Lagarto-Sergipe.

Relato Histórico: RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL. QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

EMITIR: Exame Definitivo

OBS: Remeter Laudo para: Central de Flagrantes , Email:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOMES

JOSÉ FRANCISCO DE ALMEIDA

CPE

060.300.175-00

MATILDE LUCAS EVANGELISTA

889.396.935-15

MATRICULA:

1103120155 1979 2 00002 247 0000277 46

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIROS, DATAS DE NASCIMENTO, NATURALIDADE, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CONJUGES

JOSÉ FRANCISCO DE ALMEIDA, brasileira, solteiro, natural de Lagarto - SE, nascido em oito de outubro de mil novecentos e trinta e seis (08/10/1936), filho de JOÃO FRANCISCO DE ALMEIDA e OTACILIA DA CRUZ.

MATILDE LUCAS EVANGELISTA, brasileira, solteira, natural de Lagarto - SE, nascida em quatorze de março de mil novecentos e quarenta e seis (14/03/1946), filha de JOSÉ LUCAS EVANGELISTA e JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO.

DATA DE REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

quatorze de março de mil novecentos e setenta e nove

DIA MÊS ANO

14/03/1979

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

MATILDE LUCAS DE ALMEIDA

OBSERVAÇÕES

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESCER

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

O nubente

RG Nº: Nada Consta Exp. em: --- Órgão Exp.: ---

PIS/NIS Nº:

Passaporte Nº:

Cartão Nacional de saúde Nº:

Título de Eleitor Nº: Zona/Seção:

Município:

CEP Residencial:

Grupo Sanguíneo:

A nubente

RG Nº: Nada Consta Exp. em: --- Órgão Exp.: ---

PIS/NIS Nº:

Passaporte Nº:

Cartão Nacional de saúde Nº:

Título de Eleitor Nº: Zona/Seção:

Município:

CEP Residencial:

Grupo Sanguíneo:

2ª via. Emolumentos: R\$ 48,74 Ferd R\$ 9,75 Total R\$ 58,49

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE LAGARTO/SE

Oficial: GUSTAVO HERRERA SALGUEIRO

AVENIDA ZACARIAS JÚNIOR, Nº 143 CENTRO

LAGARTO-SE, (79) 3631-6332

E-mail: extra.2lagarto@tjse.jus.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO-SE, 21 de outubro de 2020.

Assinatura do Oficial

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

21/10/2020 10:56

<https://www.tjse.jus.br/x/7HKMK9>



202029517012885

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

21/10/2020 10:58

<https://www.tjse.jus.br/x/EC3GMZ>



202029517012887

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

21/10/2020 10:56

<https://www.tjse.jus.br/x/F84JH3>



202029517012886

BRP

EA 005029334

EA

ARPENBRASIL

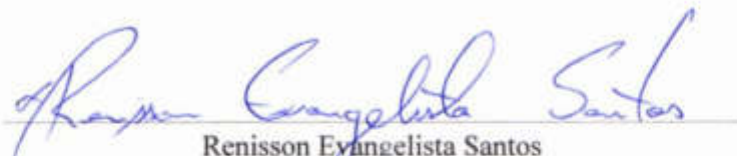
ARQUITETURA E DESIGN



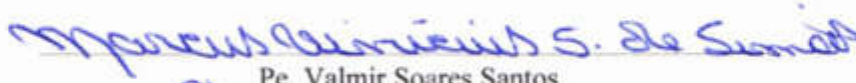
Cemitério Paroquial Nossa Senhora da Piedade
Paróquia Nossa Senhora da Piedade
Praça da Piedade, 3 - Centro - 494900-000 - Lagarto/SE
Contato: 79 3631-3030 - cemiterioparoquial@gmail.com

GUIA DE SEPULTAMENTO

Nome 3910-Jessica de Almeida Cruz
Nascido no dia 05 de dezembro de 1991
Idade 28
Naturalidade Lagarto
Conjuge Solteira
Filiação: filho de Egnaldo José da Cruz
e de Josefa Francisca de Almeida Cruz
Local de Falecimento Rodovia -SE -270, S/N, Lagarto/SE. Causa da Morte: Hemorragia Intracraniana, Traumatis
Faleceu no dia 29 de fevereiro de 2020
Horas de Falecimento 23:00
Local Sepultamento
Data Sepultamento 02 de março de 2020
Horas Sepultamento 08:00
Sepultamento em Outros Cemitério Paroquial N. Sra. da Piedade
Cert. de Óbito Matrícula 1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81 Cidade Lagarto UF SE
Cartório
Responsável Renisson Evangelista Santos
Endereço Povoado Brasília - Zona Rural
Cidade Lagarto/SE
Identidade 22714545 SSP/SE
CPF 059.987.065-60
Valor Total
Valor a Vista
Valor Parcelado


Renisson Evangelista Santos
Responsável

Lagarto/SE, 04 de março de 2020


Pe. Valmir Soares Santos
Administrador





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
ARACAJU - SE

Requisição de Exame Pericial- Necroscópico - Nº
BO Nº 22971/2020

Ao(A) Sr(a)
DIRETOR DO IML
ARACAJU - SE.

1681

Prezado(a) Senhor(a),

Solicitamos a Vossa Senhoria, a realização de Exame Pericial Necroscópico na pessoa de: Jessica de Almeida Cruz, CPF: 036.726.425-09, RG Número: 31617220, Orgão Expedidor: ssp, Estado: SE, Município: Lagarto, Data de Expedição: 31/10/2012, Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz, Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz, Sexo: Feminino, Identidade de Gênero: Mulher, Raça/Cor: Parda, Estado Civil: Solteiro(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Lagarto/SE, Idade: 28 anos, Data de Nascimento: 05/11/1991, Escolaridade: Ensino Superior Incompleto, Endereco: povoado urubu grande, zona rural de lagarto, Bairro: centro, Aracaju/SE, Telefone: (79) 9997-2121 (Celular).

QUESITOS: Qual a causa da morte? Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?

Data do Fato: 29/02/2020.

Hora dos Fato: 22:00.

Endereço do local do fato: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias, Povoado Boeiro Lagarto-Sergipe.

Relato Histórico: RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL. QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

EMITIR: Exame Definitivo

OBS: Remeter Laudo para: Central de Flagrantes , Email:

Jefferson Pires de
Delegado de Polícia Civil
1ª Classe

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
CADAVÉRICO

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

LAUDO Nº 1681/2020



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME CADAVERICO

quarta-feira, 4 de março de 2020
Nº Laudo
1681/2020

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	Nascimento	Idade	Naturalidade
JESSICA DE ALMEIDA CRUZ	05/11/1991	28	LAGARTO
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão
SOLTEIRO	FEMININO	BRANCA	ESTUDANTE
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai	UF
SUPERIOR	JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ	EGNALDO JOSE DA CRUZ	SE
INCOMPLETO			
Endereço	Bairro	Município	
ESTRADA DE JOÃO DE ZECA IRENO Nº949	ZONA RURAL	LAGARTO/SE	
Nome da Autoridade	Função	Unidade	
BEL JEFFERSON PIRES	BEL JEFFERSON PIRES	DELEGACIA DE LAGARTO	
1º Perito Relator	Cremeset/Crose	2º Perito Relator	Cremeset/Crose
DRª MONICA FIGUEIROA SANTANA	4912		Nº LAUDO
			1681/2020
Local da Perícia	Tipo	Causa	
Sala de Necrópsias do IML			

Histórico/Descrição

Histórico

O corpo deu entrada neste Instituto às 03:10 horas do dia 01 de março de 2020. Das informações obtidas, consta ter sido vítima de acidente de trânsito (motocicleta x animal). Fato e óbito ocorridos às 23:00 do dia 29 de fevereiro de 2020, em via pública, na Rodovia SE-270, no município de Lagarto/SE.

Exame Externo

a) Vestes: (tipo, estado, manchas, perfurações, etc)

Casaco marrom; blusa rosa; calça jeans; sutiã preto e vermelho; e calcinha bege.

b) Característica de identificação (sexo, cabelo, estatura, complexão física, condições dentária, sinais particulares, idade aparente)

Sexo feminino, cor branca, cabelos pretos, longos e lisos, medindo 1,60 m de comprimento e idade aparente de 28 anos. Complexão física: normolínea. Mamas pequenas e densas. Dentição completa e em bom estado de conservação.

c) Dados Tanatológicos (Livores hipostáticos, manchas verde, turgescência, etc)

Livores hipostáticos em região posterior de tronco, nuca, glúteo e membros inferiores; hipotermia e sinais abióticos.

d) Lesões (descrição minuciosa das lesões externas encontradas utilizando-se esquema)

Otorragia bilateral. Escoriações, de morfologia irregular, de coloração rubra, localizadas: na região frontal, no nariz e na região mentoniana inferior. Hiper mobilidade de antebraço direito.

Exame Interno/Complementares

a) Cavidade craniana

Fratura de ossos de base de crânio. Hematoma extradural e subdural em região parietal esquerda e frontal. Contusão cerebral. Hemorragia intracraniana difusa. Traumatismo cranioencefálico.

b) Pescoço

Nada digno de nota.

c) Membros

Fratura não exposta de ulna e rádio direitos. Pés em extensão. Lesões de tecidos muscular e vascular.

d) Cavidade torácica

Contusão pulmonar bilateral.

e) Cavidade Abdominal

Ausência de lesões traumáticas nesta cavidade.

f) Cavidade pélvica:

Útero não grávidico.

EXAME COMPLEMENTARES

a) Anátomo - Patológico

XXXXX

b) Quais revelaram

XXXXX

c) Toxicológico

Colhidas amostras de sangue e humor vítreo para exame de alcoolemia. Aguardando resultado.

d) Deu como resultado

XXXXX

e) Outros

XXXXX

Comentário Médico \ Conclusão \ Quesitos Respostas

Comentário Médico - Forense

Os achados são compatíveis com a história da ocorrência policial e as lesões descritas, foram produzidas por ação contundente durante o acidente. O óbito se deu no instante da ocorrência, pela extensão e gravidade das lesões descritas em cavidade craniana, que levaram a uma evolução desfavorável.

Conclusão

Que a vítima sofreu ação contundente, tendo como causa *mortis* hemorragia intracraniana e traumatismo cranioencefálico pós ação contundente.

Quesitos/Respostas:

1º) Houve morte?

Sim.

2º) Qual a causa?

Hemorragia intracraniana e traumatismo cranioencefálico.

3º) Qual instrumento ou meio que produziu?

Contundente.

4º) Foi produzida por meio de veneno, fogo, foco explosivo, asfixia ou meio insidioso ou cruel?

Não.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DRª MONICA FIGUEIROA SANTANA

-4912

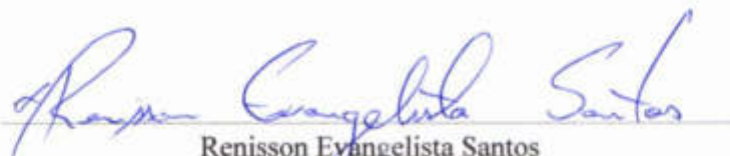
Dr. Victor V. Barros
Diretor Geral IML
COGERP/SSP/SE
CRM: 3296
Nº LAUDO 1681/2020



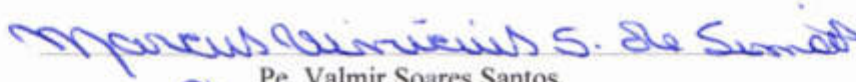
Cemitério Paroquial Nossa Senhora da Piedade
Paróquia Nossa Senhora da Piedade
Praça da Piedade, 3 - Centro - 494900-000 - Lagarto/SE
Contato: 79 3631-3030 - cemiterioparoquial@gmail.com

GUIA DE SEPULTAMENTO

Nome 3910-Jessica de Almeida Cruz
Nascido no dia 05 de dezembro de 1991
Idade 28
Naturalidade Lagarto
Conjuge Solteira
Filiação: filho de Egnaldo José da Cruz
e de Josefa Francisca de Almeida Cruz
Local de Falecimento Rodovia -SE -270, S/N, Lagarto/SE. Causa da Morte: Hemorragia Intracraniana, Traumatis
Faleceu no dia 29 de fevereiro de 2020
Horas de Falecimento 23:00
Local Sepultamento
Data Sepultamento 02 de março de 2020
Horas Sepultamento 08:00
Sepultamento em Outros Cemitério Paroquial N. Sra. da Piedade
Cert. de Óbito Matrícula 1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81 Cidade Lagarto UF SE
Cartório
Responsável Renisson Evangelista Santos
Endereço Povoado Brasília - Zona Rural
Cidade Lagarto/SE
Identidade 22714545 SSP/SE
CPF 059.987.065-60
Valor Total
Valor a Vista
Valor Parcelado


Renisson Evangelista Santos
Responsável

Lagarto/SE, 04 de março de 2020


Pe. Valmir Soares Santos
Administrador



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

MATRÍCULA:

1103120155 1992 1 00035 100 0038544 59

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

cinco de novembro de mil novecentos e noventa e um

05/11/1991

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

01:00

LAGARTO - SE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

LAGARTO - SE

MATERNIDADE MONSENHOR
DALTRO

feminino

FILIAÇÃO

EGNALDO JOSÉ DA CRUZ

JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ

AVÓS

JOSÉ FRANCISCO DA CRUZ e JOAQUINA TORQUATO DOS SANTOS

JOSÉ FRANCISCO DE ALMEIDA e MATILDE LUCAS EVANGELISTA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

dezessete de agosto de mil novecentos e noventa e dois

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Cartório Do 2º Ofício de Registro Civil e Tabelionato de Notas
Oficial: DAVID DE OLIVEIRA CRUZ
RUA DR. LAUDELINO FREIRE, Nº 274, CENTRO -
LAGARTO - SE. (79) 3631-2018

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO - SE, 20 de fevereiro de 2014.

Assinatura do Oficial/Substituto



AA 419629

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: 036.726.425-09 4 - Nome completo da vítima: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: Natália de Lucos de Almeida 6 - CPF: 889.396.935-15
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Estrada de João de Deus 803 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Igarapé 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49400-000
15 - E-mail: jessiane.2015@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 1996395654

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☒ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Caixa
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0645 001 CONTA: 00022856 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 29/10/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (variável)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Natália de Lucos de Almeida
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Natália de Lucos de Almeida
38 - 1ª Nome: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA
CPF: 064.229.295-79
Assinatura da testemunha: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA
39 - 2ª Nome: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA
CPF: 068.496.835-51
Assinatura da testemunha: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA

40 - Local e Data, 03 de Agosto de 2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Natália de Lucos de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MAIOR DE 60 ANOS



Natália Lúcia de Almeida

REPUBLICA DE PORTUGAL
MINISTERIO DA SAUDE
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTACAO CIVIL
AV. DA LIBERDADE, 120 - 1.º ANDAR
1200-018 LISBOA
TEL: 213 600 000 FAX: 213 600 001
E-MAIL: info@nrc.gov.pt

Nome

Sexo

Estado Civil

Data de Nascimento

Nome do Titular

Nome do Titular

Nome do Titular

Nome do Titular

Data de Nascimento

Nome do Titular

Nome do Titular

Nome do Titular

JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA
EST. JOAO DE ZECA RENO, 343 / URUBU GR. - POV. URUBU GRAND
LAGARTO / SE-CEP: 49400000 (AQ: 180)

CNPJ/CNPJ/RANI: 080.300.175-00

Grupo: MTC - CONVENCIONAL BAIXA T / Subgrupo: B2
Classe: RURAL / Subclasse: AGROPECUARIA RURAL
Ligação: MONOFÁSICO
Rotômetro: 4-180-140-841 MP Medidor: WV031153351



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

3/162683-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00001626837



VALOR DA FATURA

R\$ 51,14



VENCIMENTO

15/06/2021



REFERÊNCIA

Jun / 2021



CONSUMO

66kWh

2,06 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant.	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alíq.	ICMS	Base Calc.	PIS(PIS)Cofins(R\$)	PIS(PIS)Cofins(R\$)
			Tributos	Total (R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)
0601	Consumo em kWh	66	0,530810	35,02	0,00	0	0,00	35,02	0,23	1,07
0601	Adic. B Vermeles			3,19	0,00	0	0,00	3,19	0,02	0,10
0610	Subsídio			4,76	0,00	0	0,00	4,76	0,03	0,15
0607	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTROLE E LUM. PÚBLICA			12,76	0,00	0	0,00	12,76	0,00	0,00
0606	Devolução Subsídio			-4,59	0,00	0	0,00	-4,59	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 51,14 0,00 0,00 42,97 0,28 1,32
Tarifa de Tributos: 0,510780

RESERVAÇÃO AO FISCO

71d5.09f6.f2e3.3ac7.c16b.3491.a2c9.9b48

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Jun/20	100
Jul/20	94
Ago/20	96
Sep/20	104
Out/20	90
Nov/20	104
Dez/20	96
Jan/21	93
Fev/21	95
Mar/21	164
Abr/21	117
Mai/21	86
Medo	101

LEITURAS

Anterior 07/05/21 39813
Atual 09/06/21 39875
Consumo 66kWh
Período 33 dias
Constante do medidor

PRÓXIMA LEITURA
09/07/2021

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/SE	17,34	26,12%
Custos de Energia	17,74	34,59%
Serviço de Transmissão	2,16	4,21%
Encargos Setoriais	3,54	6,92%
Impostos Diretos e Encargos	14,28	28,08%
Outros Serviços	1,00	1,95%
Total	66,14	100,00%

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 4/2021) R\$ 29,39

* Pagamento pela Média/Mínimo

INDICADORES DE QUALIDADE

REFERÊNCIA 04/2021 - Conjunto LAGARTO

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas sem energia - Continuidade de Energia - DCE	10,73	4,11	21,48	42,92
Voltagem adequada com energia - FID	7,53	2,00	16,04	30,08
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	5,78	3,28		
Duração da interrupção individual de energia - DICI	18,60			

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa não aceita parcerias com canais virtuais. Site: App Energisa One
WhatsApp: (11) 3910-0115. E-mail para envio de documentos: calculo@energisa.com.br

Subvenção DEC: 7.893,11 / R\$ 4,58

- Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é de atribuição do município. Problemas com iluminação Pública, contate a Prefeitura local de seu município.

- Reajuste tarifário médio 5,60%, a partir de 22/04/21, conf. REH nº 240/2021/ANEEL.

ENERGISA BORGES-DETRB ENERGISA SA - Rua Min Apolinário Sales, 81 - Imbo Barbaça
Aracaju SE - CEP 49040-150 - CNPJ 13.017.462/0001-63 - Ins. Est. 270.767.406
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 05.757.965 - Emissão e Apresentação 06/06/2021
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta



- Ganhe mais facilidade pagando com o PIX!

Use seu app de pagamento favorito, escolha "pagar com PIX" e rele o código ao lado

Quer mais facilidade?
Abra sua Conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!

Entenda melhor em contavoltz.com/px



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
ARACAJU - SE

Requisição de Exame Pericial- Necroscópico - Nº
BO Nº 22971/2020

Ao(A) Sr(a)
DIRETOR DO IML
ARACAJU - SE.

1681

Prezado(a) Senhor(a),

Solicitamos a Vossa Senhoria, a realização de Exame Pericial Necroscópico na pessoa de: Jessica de Almeida Cruz, CPF: 036.726.425-09, RG Número: 31617220, Orgão Expedidor: ssp, Estado: SE, Município: Lagarto, Data de Expedição: 31/10/2012, Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz, Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz, Sexo: Feminino, Identidade de Gênero: Mulher, Raça/Cor: Parda, Estado Civil: Solteiro(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Lagarto/SE, Idade: 28 anos, Data de Nascimento: 05/11/1991, Escolaridade: Ensino Superior Incompleto, Endereco: povoado urubu grande, zona rural de lagarto, Bairro: centro, Aracaju/SE, Telefone: (79) 9997-2121 (Celular).

QUESITOS: Qual a causa da morte? Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?

Data do Fato: 29/02/2020.

Hora dos Fato: 22:00.

Endereço do local do fato: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias, Povoado Boeiro Lagarto-Sergipe.

Relato Histórico: RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL. QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

EMITIR: Exame Definitivo

OBS: Remeter Laudo para: Central de Flagrantes , Email:

INSTITUTO MÉDICO LEGAL
LAUDO PERICIAL
CADAVÉRICO

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

LAUDO Nº 1681/2020



GOVERNO DE SERGIPE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
COORDENADORIA GERAL DE PERÍCIAS
INSTITUTO MÉDICO LEGAL "DR. AUGUSTO LEITE"

LAUDO DO EXAME CADAVERICO

quarta-feira, 4 de março de 2020
Nº Laudo
1681/2020

Dados Da Vítima

Nome da Vítima	Nascimento	Idade	Naturalidade
JESSICA DE ALMEIDA CRUZ	05/11/1991	28	LAGARTO
Estado Civil	Sexo	Cor	Profissão
SOLTEIRO	FEMININO	BRANCA	ESTUDANTE
Instrução	Nome da Mãe	Nome do Pai	UF
SUPERIOR	JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ	EGNALDO JOSE DA CRUZ	SE
INCOMPLETO			
Endereço	Bairro	Município	
ESTRADA DE JOÃO DE ZECA IRENO Nº949	ZONA RURAL	LAGARTO/SE	
Nome da Autoridade	Função	Unidade	
BEL JEFFERSON PIRES	BEL JEFFERSON PIRES	DELEGACIA DE LAGARTO	
1º Perito Relator	Cremeset/Crose	2º Perito Relator	Cremeset/Crose
DRª MONICA FIGUEIROA SANTANA	4912		Nº LAUDO
			1681/2020
Local da Perícia	Tipo	Causa	
Sala de Necrópsias do IML			

Histórico/Descrição

Histórico

O corpo deu entrada neste Instituto às 03:10 horas do dia 01 de março de 2020. Das informações obtidas, consta ter sido vítima de acidente de trânsito (motocicleta x animal). Fato e óbito ocorridos às 23:00 do dia 29 de fevereiro de 2020, em via pública, na Rodovia SE-270, no município de Lagarto/SE.

Exame Externo

a) Vestes: (tipo, estado, manchas, perfurações, etc)

Casaco marrom; blusa rosa; calça jeans; sutiã preto e vermelho; e calcinha bege.

b) Característica de identificação (sexo, cabelo, estatura, complexão física, condições dentária, sinais particulares, idade aparente)

Sexo feminino, cor branca, cabelos pretos, longos e lisos, medindo 1,60 m de comprimento e idade aparente de 28 anos. Complexão física: normolínea. Mamas pequenas e densas. Dentição completa e em bom estado de conservação.

c) Dados Tanatológicos (Livores hipostáticos, manchas verde, turgescência, etc)

Livores hipostáticos em região posterior de tronco, nuca, glúteo e membros inferiores; hipotermia e sinais abióticos.

d) Lesões (descrição minuciosa das lesões externas encontradas utilizando-se esquema)

Otorragia bilateral. Escoriações, de morfologia irregular, de coloração rubra, localizadas: na região frontal, no nariz e na região mentoniana inferior. Hiper mobilidade de antebraço direito.

Exame Interno/Complementares

a) Cavidade craniana

Fratura de ossos de base de crânio. Hematoma extradural e subdural em região parietal esquerda e frontal. Contusão cerebral. Hemorragia intracraniana difusa. Traumatismo cranioencefálico.

b) Pescoço

Nada digno de nota.

c) Membros

Fratura não exposta de ulna e rádio direitos. Pés em extensão. Lesões de tecidos muscular e vascular.

d) Cavidade torácica

Contusão pulmonar bilateral.

e) Cavidade Abdominal

Ausência de lesões traumáticas nesta cavidade.

f) Cavidade pélvica:

Útero não grávidico.

EXAME COMPLEMENTARES

a) Anátomo - Patológico

XXXXX

b) Quais revelaram

XXXXX

c) Toxicológico

Colhidas amostras de sangue e humor vítreo para exame de alcoolemia. Aguardando resultado.

d) Deu como resultado

XXXXX

e) Outros

XXXXX

Comentário Médico/Conclusão/Questões Respostas

Comentário Médico - Forense

Os achados são compatíveis com a história da ocorrência policial e as lesões descritas, foram produzidas por ação contundente durante o acidente. O óbito se deu no instante da ocorrência, pela extensão e gravidade das lesões descritas em cavidade craniana, que levaram a uma evolução desfavorável.

Conclusão

Que a vítima sofreu ação contundente, tendo como causa *mortis* hemorragia intracraniana e traumatismo cranioencefálico pós ação contundente.

Questões/Respostas:

1º) Houve morte?

Sim.

2º) Qual a causa?

Hemorragia intracraniana e traumatismo cranioencefálico.

3º) Qual instrumento ou meio que produziu?

Contundente.

4º) Foi produzida por meio de veneno, fogo, foco explosivo, asfixia ou meio insidioso ou cruel?

Não.

Este documento foi expedido via eletrônica (expresso), nos termos da legislação vigente. Confere com o original em arquivo digital, disponível no banco de dados do Instituto Médico Legal. Deverá conter o carimbo da unidade policial responsável pela impressão.

DRª MONICA FIGUEIROA SANTANA

-4912

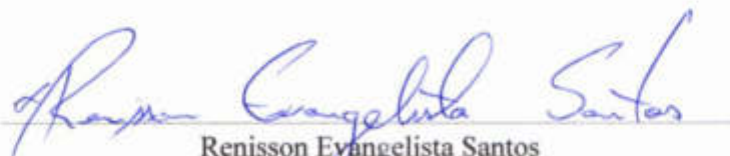
Dr. Victor V. Barros
Diretor Geral IML
COGERP/SSP/SE
CRM: 3296
Nº LAUDO 1881/2020



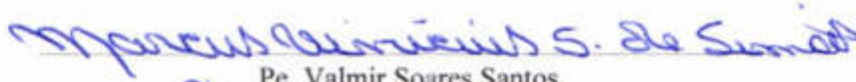
Cemitério Paroquial Nossa Senhora da Piedade
Paróquia Nossa Senhora da Piedade
Praça da Piedade, 3 - Centro - 494900-000 - Lagarto/SE
Contato: 79 3631-3030 - cemiterioparoquial@gmail.com

GUIA DE SEPULTAMENTO

Nome 3910-Jessica de Almeida Cruz
Nascido no dia 05 de dezembro de 1991
Idade 28
Naturalidade Lagarto
Conjuge Solteira
Filiação: filho de Egnaldo José da Cruz
e de Josefa Francisca de Almeida Cruz
Local de Falecimento Rodovia -SE -270, S/N, Lagarto/SE. Causa da Morte: Hemorragia Intracraniana, Traumatis
Faleceu no dia 29 de fevereiro de 2020
Horas de Falecimento 23:00
Local Sepultamento
Data Sepultamento 02 de março de 2020
Horas Sepultamento 08:00
Sepultamento em Outros Cemitério Paroquial N. Sra. da Piedade
Cert. de Óbito Matrícula 1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81 Cidade Lagarto UF SE
Cartório
Responsável Renisson Evangelista Santos
Endereço Povoado Brasília - Zona Rural
Cidade Lagarto/SE
Identidade 22714545 SSP/SE
CPF 059.987.065-60
Valor Total
Valor a Vista
Valor Parcelado


Renisson Evangelista Santos
Responsável

Lagarto/SE, 04 de março de 2020


Pe. Valmir Soares Santos
Administrador



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

MATRÍCULA:

1103120155 1992 1 00035 100 0038544 59

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

cinco de novembro de mil novecentos e noventa e um

05/11/1991

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

01:00

LAGARTO - SE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

LAGARTO - SE

MATERNIDADE MONSENHOR
DALTRO

feminino

FILIAÇÃO

EGNALDO JOSÉ DA CRUZ

JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ

AVÓS

JOSÉ FRANCISCO DA CRUZ e JOAQUINA TORQUATO DOS SANTOS

JOSÉ FRANCISCO DE ALMEIDA e MATILDE LUCAS EVANGELISTA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

dezessete de agosto de mil novecentos e noventa e dois

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Cartório Do 2º Ofício de Registro Civil e Tabelionato de Notas
Oficial: DAVID DE OLIVEIRA CRUZ
RUA DR. LAUDELINO FREIRE Nº 274, CENTRO -
LAGARTO - SE. (79) 3631-2018

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO - SE, 20 de fevereiro de 2014.

Assinatura do Oficial/Substituto



AA 419629

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: 036.726.425-09 4 - Nome completo da vítima: JESSICA DE ALMEIDA BRIZ

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

5 - Nome completo: Natilde Lucas de Almeida 6 - CPF: 889.396.935-15
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Estrada de João de Deus 803
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Igarapé 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49400-000
15 - E-mail: jeyssiane.2015@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 1996395654

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: caixa

AGÊNCIA: 0645 001 CONTA: 00022856 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 29/10/2020

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

28 - Vítima teve filhos? ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (variável)? ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Natilde Lucas de Almeida

35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Natilde Lucas de Almeida

38 - 1ª Nome: Jeyssiane dos Santos Fontes CPF: 064.229.295-79

Jeyssiane dos Santos Fontes Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Jeyssiane Almeida Santos CPF: 068.496.835-51

Jeyssiane Almeida Santos Assinatura da testemunha

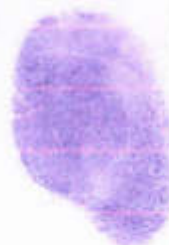
40 - Local e Data, 03 de Agosto de 2021

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Natilde Lucas de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

MAIOR DE 60 ANOS



Natália Lúcia de Almeida

REPUBLICA DE PORTUGAL
MINISTERIO DA SAUDE
INSTITUTO NACIONAL DE REGISTACAO CIVIL
AV. DA LIBERDADE, 120 - 1.º ANDAR
1200-018 LISBOA
TEL: 213 600 000 FAX: 213 600 001
WWW.INRCP.NL

Nome

Sexo

Estado Civil

Data de Nascimento

Nome do Titular

JOSE LUIZ DE SOUZA
JOSE LUIZ DE SOUZA

Localidade

Data de Emissão

CT. CENSAMENTO N.º 277 LV B 26 R 207

CT. CENSAMENTO N.º 277 LV B 26 R 207

JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA
EST. JOAO DE ZECA RENO, 343 / URUBU GR. - POV. URUBU GRAND
LAGARTO / SE-CEP: 49400000 (AQ: 180)

CNPJ/CNPJ/RAN: 080.300.175-00

Grupo: MTC - CONVENCIONAL BAIXA T / Subgrupo: B2
Classe: RURAL / Subclasse: AGROPECUARIA RURAL
Ligação: MONOFÁSICO
Rotômetro: 4 - 180 - 740 - 841 MP Medidor: WV031153351



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

3/162683-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00001626837



VALOR DA FATURA

R\$ 51,14



VENCIMENTO

15/06/2021



REFERÊNCIA

Jun / 2021



CONSUMO

66kWh

2,06 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO

CCI	Descrição	Quant.	Tarifa	Valor	Base Calc.	Alíq.	ICMS	Base Calc.	PIS(PR)Cofins(R\$)	PIS(PR)Cofins(%)
			Tributos	Total (R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)	(R\$)		
0601	Consumo em kWh	66	0,530810	35,02	0,00	0	0,00	35,02	0,23	1,07
0601	Adc. B Vermeles			3,19	0,00	0	0,00	3,19	0,02	0,10
0610	Subsídio			4,76	0,00	0	0,00	4,76	0,03	0,15
0607	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0607	CONTROLE E LUM. PÚBLICA			12,76	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0606	Devolução Subsídio			-4,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI: Código de Classificação do Item	TOTAL:	51,14	0,00	0,00	42,97	0,28	1,32
Tarifa de Tributos:		0,510780					

RESERVADO AO FISCO

71d5.09f6.f2e3.3ac7.c16b.3491.a2c9.9b48

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Mês	Consumo (kWh)
Jun/20	100
Jul/20	94
Ago/20	96
Sep/20	104
Out/20	90
Nov/20	104
Dez/20	96
Jan/21	93
Fev/21	95
Mar/21	164
Abr/21	117
Mai/21	86
Medo	101

LEITURAS

Anterior 07/05/21	39813
Atual 09/06/21	39879
Consumo	66kWh
Período	33 dias
Constante do medidor	

PRÓXIMA LEITURA

09/07/2021

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia/SE	17,34	26,12%
Custos de Energia	17,74	34,59%
Serviço de Transmissão	2,16	4,21%
Encargos Setoriais	3,54	6,92%
Impostos Diretos e Encargos	14,28	28,08%
Outros Serviços	1,00	2,00%
Total	61,14	100,00

Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 4/2021): R\$ 29,39

* Pagamento pela Média/Mínimo

INDICADORES DE QUALIDADE

REFERÊNCIA 04/2021 - Conjunto LAGARTO

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas sem energia - Continuidade de Energia - DCE	10,73	4,11	21,48	42,82
Voltagem adequada com energia - FID	7,57	2,00	16,04	30,08
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	5,78	3,28		
Duração da interrupção individual de energia - DICI	18,60			

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa recomenda que você evite usar aparelhos elétricos em ambientes úmidos. Não use Energisa One em ambientes úmidos. E-mail para envio de documentos: calculat@energisa.com.br

Subvenção DEC: 7.893,11 / R\$ 4,58

- Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é de responsabilidade do município. Problemas com iluminação pública, contate a Prefeitura local de seu município.

- Reajuste tarifário médio 5,60%, a partir de 22/04/21, conf. REH nº 2009/2021/ANEEL.

ENERGISA BORGES-DETRB ENERGISA SA - Rua Min Apolinário Sales, 81 - Imbo Barbaça
Aracaju SE - CEP 49040-150 - CNPJ 13.017.462/0001-60 - Ins. Est. 270.767.406
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 036.757.965 - Emissão e Apresentação 06/06/2021
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta



- Ganhe mais facilidade pagando com o PIX!

Use seu app de pagamento favorito, escolha "pagar com PIX" e rele o código ao lado

Quer mais facilidade?
Abra sua Conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!

Entenda melhor em contavoltz.com/px

00001626837-4 000

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031029/22

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF: 036.726.425-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/02/2020

Titular do CPF: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de óbito

Documentos de identificação

JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CARVALHO : 311.873.665-87

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração cônjuge

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154150/21

Número do Sinistro: 3210199052

Vítima: Jessica De Almeida Cruz

Data do acidente: 29/02/2020

CPF: 036.726.425-09

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Jessica De Almeida Cruz

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de óbito

Outros

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154150/21

Vítima: Jessica De Almeida Cruz

Data do acidente: 29/02/2020

CPF: 036.726.425-09

CPF de: Próprio

Titular do CPF: Jessica De Almeida Cruz

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
Outros

Matilde Lucas de Almeida : 889.396.935-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração cônjuge
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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279942/20

Número do Sinistro: 3200354849

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF: 036.726.425-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de óbito

Outros

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279942/20

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF: 036.726.425-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia

JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA : 060.300.175-00

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279942/20

Número do Sinistro: 3200354849

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF: 036.726.425-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de óbito

Outros

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0279942/20

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF: 036.726.425-09

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 29/02/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia

JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA : 060.300.175-00

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.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0019884/22

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF: 036.726.425-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/02/2020

Titular do CPF: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de óbito

Documentos de identificação

JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CARVALHO : 311.873.665-87

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração cônjuge

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.

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200354849 Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Data do Acidente: 29/02/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA

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, 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.
Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito dos genitores 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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200354849 Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Data do Acidente: 29/02/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA

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

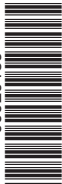
Certidão de Óbito dos avós da vítima	Apresentar a cópia da certidão de óbito dos avós da vítima, pois não foi entregue.
---	--

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200354849

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Data do Acidente: 29/02/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210199052 Vítima: Jessica De Almeida Cruz

Data do Acidente: 29/02/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MATILDE LUCAS DE ALMEIDA

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, 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.
Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito dos genitores da vítima, pois não foi entregue.
Certidão de Óbito dos avós da vítima	Apresentar a cópia da certidão de óbito dos avós 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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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 16995434



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210199052 Vítima: Jessica De Almeida Cruz

Data do Acidente: 29/02/2020 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MATILDE LUCAS DE ALMEIDA

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, 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.
Certidão de óbito	Apresentar cópia simples da certidão de óbito dos genitores 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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210199052

Vítima: Jessica De Almeida Cruz

Data do Acidente: 29/02/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATILDE LUCAS DE ALMEIDA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220036263

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Data do Acidente: 29/02/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CARVALHO

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, 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.
Certidão de nascimento	Apresentar a cópia simples da certidão de nascimento da vítima, pois não foi entregue.
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 solicitada.

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220036263

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Data do Acidente: 29/02/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CARVALHO

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055616

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Data do Acidente: 29/02/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CARVALHO

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, 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.
Certidão de casamento	Apresentar a cópia simples da sua certidão de casamento atualizada, 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 solicitada.

Os documentos pendentes podem ser enviados através do site: <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>.

Caso a documentação não seja apresentada dentro do prazo de 30 (trinta) dias, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos complementares no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2023

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220055616

Vítima: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

Data do Acidente: 29/02/2020

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CARVALHO

Informamos que não recebemos a documentação complementar necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT e, por essa razão, o seu pedido foi cancelado.

O pedido poderá ser reaberto mediante entrega dos documentos no mesmo ponto de atendimento em que o seu pedido foi realizado, ou através do site <https://pedidodpvat.seguradoralider.com.br/login>.

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 036.726.425-09 Nome completo da vítima: JESSICA DE AMEIRA CPE

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

Nome completo: JOSE FRANCISCO DE AMEIRA CPF: 060.300.175-00
Profissão: PROFESSOR Endereço: ESTRADA JOAO DE ZEA IRENO Número: 949 Complemento: _____
Bairro: URUBU GRANDE Cidade: LAGARTO Estado: CE CEP: 49400-000
E-mail: GEYSIANNE.2015@GMAIL.COM Tel/WhatsApp: 9866.1216

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 8166 6 CONTA: 18234 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

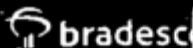
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 29/02/2020
Grau de Parentesco com a vítima: 2º Grau (AVÓ) Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: LAGARTO CE, 02 de outubro de 2020
Nome: _____ CPF: _____
Assinatura do representante legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jose Francisco de Almeida
Assinatura: Jose Francisco de Almeida
Assinatura: Jose Francisco de Almeida
Assinatura: Jose Francisco de Almeida

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



Use já seu CARTÃO DE DÉBITO para fazer compras

Desbloqueie seu cartão em qualquer máquina de Autotendimento Bradesco.

Basta digitar a senha de 6 dígitos para fazer suas compras.

É prático e você não paga tarifa.



6504 9536 9557 3228

VALID THRU

01/25

JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA

etc

Emissão pelo Banco Bradesco SA, em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente.

AGÊNCIA

CÓDIGO

3166 6 0018234 6

756

AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil Bradesco 4002-5022 / 0800 578-0022

Acesso ao Exterior +55 11 4002-0022

SAC: 0800 704-8343 (Declar) / 0800 727-9588 (Crednet)

Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099

Quilôscara: 0800 727-9633

Banco Bradesco

NO EXTERIOR

Banco24Horas

ATM
pulse

Diners Club
INTERNATIONAL

DISCOVER

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: 036.726.425-09 4 - Nome completo da vítima: JESSICA DE ALMEIDA OLIVEIRA

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

5 - Nome completo: Natália de Lucos de Almeida 6 - CPF: 889.396.935-15
7 - Profissão: Professora 8 - Endereço: Estrada de João de Deus 803 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona rural 12 - Cidade: Logrito 13 - Estado: Sergipe 14 - CEP: 49400-000
15 - E-mail: jessiane.2015@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 1996395654

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☒ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Caixa
AGÊNCIA: 0645 001 CONTA: 00022856 2

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 29/10/2020
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nasoturo (vairixox)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Natália de Lucos de Almeida
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 889.396.935-15
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Natália de Lucos de Almeida
38 - 1ª Nome: Jussiane dos Santos Fontes
CPF: 064.229.295-79
Assinatura da testemunha: Jussiane dos Santos Fontes
39 - 2ª Nome: Jussiane Almeida Santos
CPF: 068.496.835-51
Assinatura da testemunha: Jussiane Almeida Santos

40 - Local e Data: 03 de Agosto de 2021
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Natália de Lucos de Almeida

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

026.726.425-09

Nome completo da vítima:

Francisca de Almeida Barz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

Francisca de Almeida Barz

6 - Profissão:

Apresentada

7 - Endereço:

Rua Est. da Mota, 131

8 - CPF:

331.873.665-87

9 - Número:

131

10 - Complemento:

Casa

11 - Bairro:

Parado Brasília

12 - Cidade:

Itapetuma

13 - Estado:

Sergipe

14 - CEP:

49.400-000

15 - E-mail:

carlosxcelsoxcelsoxcelso@gmail.com

16 - Tel. (DDD):

79.98650234

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

☐ RECURSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☒ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0645

CONTA: 865662196

AGÊNCIA:

CONTA:

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

29/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Genitora

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou sucessor(es)?

☐ Sim

☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☒ Sim

☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itapetuma/SE 06/07/2022

Francisca de Almeida Barz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐

INVALIDEZ PERMANENTE

☒

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL

3 - CPF da vítima

026.726.425-09

Nome completo da vítima

Francisca de Almeida Barz

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo:

Francisca de Almeida Barz

6 - CPF

331.873.665-87

7 - Profissão

Apresentada

8 - Endereço

Rua Est. da Mota, 131

9 - Número

131

10 - Complemento

Casa

11 - Bairro

Parado Brasília

12 - Cidade

Itapetuma

13 - Estado

Sergipe

14 - CEP

49.400-000

15 - E-mail

carlosxcelsoxcelsoxcelso@gmail.com

16 - Tel. (DDD)

79.98650234

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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:

☐

RECUZO INFORMAR

☐

R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐

SEM RENDA

☒

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☒

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0645

CONTA: 865662196

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☐ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica preventiva, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado Judicialmente

☐

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

29/02/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

Genitora

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☒

Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐

Sim

☒

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

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

☐

Sim

☐

Não

31 - Vítima teve irmãos?

☒

Sim

☐

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

☐

Sim

☐

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☒

Sim

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Itapetuma/SE 06/07/2022
Francisca de Almeida Barz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 022971/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2020 07:24 Data/Hora Fim: 01/03/2020 07:51
Delegado de Polícia: Jefferson Pires de Alvarenga

DADOS DA Ocorrência

Afeto: Delegacia Regional de Lagarto - Alsp
Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:00

Local do Fato

Município: Lagarto (SE)
Bairro: Povoado Boeiro
Logradouro: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias

Tipo do Local: Outro

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
20096: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL PROVOCADO PELA PRÓPRIA VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 05/11/1991 Idade: 28 anos
Naturalidade: SE - Lagarto Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 036.726.425-09
RG - Carteira de Identidade: 31617220

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: povoado urubu grande
Complemento: zona rural de lagarto
Bairro: centro
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)



Nome Civil: CARLOS MENEZES EVANGELISTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 08/02/1972 Idade: 48 anos
Naturalidade: SE - Lagarto Profissão: lavrador Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: ANTONIA MENEZES EVANGELISTA
Nome do Pai: JOAO LUCAS SOBRINHO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 693.040.175-72
RG - Carteira de Identidade: 1033469

Endereço

Município: Lagarto - SE
Logradouro: ROD SE 214 ARTHUR DE OLIVEIRA REIS

Nº: 414



Delegado de Polícia Civil: Jefferson Pires de Alvarenga
Impresso por: Gilvaneto da Silva Chagas
Data de Impressão: 01/03/2020 07:51
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 022971/2020

Complemento: BRASÍLIA
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

CEP: 49.400-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL. QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

ASSINATURAS

Gilvanete da Silva Chagas
Responsável pelo Acidente

CARLOS MENEZES EVANGELISTA
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 330-Denúncia Caluniosa e 319-Comissão Falsa de Crime do do Decreto nº 10.074 de 2019 do Código Penal Brasileiro."





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2020 07:24 Data/Hora Fim: 01/03/2020 07:51
Delegado de Polícia: Jefferson Pires de Alvarenga

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Lagarto - Aisp
Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:00

Local do Fato

Município: Lagarto (SE)
Bairro: Povoado Boeiro
Logradouro: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20096: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL PROVOCADO PELA PRÓPRIA VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ (VÍTIMA)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 05/11/1991 Idade: 28 anos
Naturalidade: SE - Lagarto Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 036.726.425-09
RG - Carteira de Identidade: 31617220

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: povoado urubu grande
Complemento: zona rural de lagarto
Bairro: centro
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

Nome Civil: CARLOS MENEZES EVANGELISTA (COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 08/02/1972 Idade: 48 anos
Naturalidade: SE - Lagarto Profissão: lavrador Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)
Nome da Mãe: ANTONIA MENEZES EVANGELISTA Nome do Pai: JOAO LUCAS SOBRINHO

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 693.040.175-72
RG - Carteira de Identidade: 1033489

Endereço

Município: Lagarto - SE
Logradouro: ROD SE 214 ARTHUR DE OLIVEIRA REIS Nº: 414



Delegado de Polícia Civil: Jefferson Pires de Alvarenga
Impresso por: Gilvanete da Silva Chagas
Data de Impressão: 01/03/2020 07:51
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



Delegado de Polícia Civil: Jefferson Pires de Alvarenga
Impresso por: Gilvanete da Silva Chagas
Data de Impressão: 01/03/2020 07:51
Protocolo nº: Não disponível

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Página 2 de 2

Declara para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelas informações acima relacionadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei
Assinatura do Comunicante: Carlos Menezes Evangelista
Assinatura do Responsável pelo Fato: Gilvanete da Silva Chagas

ASSINATURAS

RELATO/HISTÓRICO
Nenhum Objeto Informado
OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)
Complemento: BRASILIA
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)
CEP: 49.400-000

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2020 07:24 Data/Hora Fim: 01/03/2020 07:51
Delegado de Polícia: Jefferson Pires de Alvarenga

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Lagarto - Aisp
Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:00

Local do Fato

Município: Lagarto (SE)
Bairro: Povoado Boeiro
Logradouro: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20096: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL PROVOCADO PELA PRÓPRIA VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 05/11/1991	Idade: 28 anos
Naturalidade: SE - Lagarto		Escolaridade: Ensino Superior Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz		Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 036.726.425-09
RG - Carteira de Identidade: 31617220

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: povoado urubu grande
Complemento: zona rural de lagarto
Bairro: centro
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

Nome Civil: CARLOS MENEZES EVANGELISTA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/02/1972	Idade: 48 anos
Naturalidade: SE - Lagarto	Profissão: lavrador	Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: ANTONIA MENEZES EVANGELISTA		Nome do Pai: JOAO LUCAS SOBRINHO	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 693.040.175-72
RG - Carteira de Identidade: 1033469

Endereço

Município: Lagarto - SE
Logradouro: ROD SE 214 ARTHUR DE OLIVEIRA REIS
Nº: 414





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

Complemento: BRASILIA
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

CEP: 49.400-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL, QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU, PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

ASSINATURAS

Gilvanete da Silva Chagas
Responsável pelo furtivismo

CARLOS MENEZES EVANGELISTA

(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(n) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento previsto nos Artigos 338 Denúncia Caluniosa e 319-Comunicação Falsa de Fato ou de Ocorrência do Código Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2020 07:24 Data/Hora Fim: 01/03/2020 07:51
Delegado de Polícia: Jefferson Pires de Alvarenga

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Lagarto - Aisp
Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:00

Local do Fato

Município: Lagarto (SE)
Bairro: Povoado Boeiro
Logradouro: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20096: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL PROVOCADO PELA PRÓPRIA VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 05/11/1991	Idade: 28 anos
Naturalidade: SE - Lagarto			Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)			
Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz		Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 036.726.425-09
RG - Carteira de Identidade: 31617220

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: povoado urubu grande
Complemento: zona rural de lagarto
Bairro: centro
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

Nome Civil: CARLOS MENEZES EVANGELISTA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/02/1972	Idade: 48 anos
Naturalidade: SE - Lagarto	Profissão: lavrador		Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: ANTONIA MENEZES EVANGELISTA		Nome do Pai: JOAO LUCAS SOBRINHO	

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 693.040.175-72
RG - Carteira de Identidade: 1033469

Endereço

Município: Lagarto - SE
Logradouro: ROD SE 214 ARTHUR DE OLIVEIRA REIS
Nº: 414





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

Complemento: BRASILIA
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

CEP: 49.400-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL. QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

ASSINATURAS

Gilvanete da Silva Chagas
Responsável pelo Fundamento

CARLOS MENEZES EVANGELISTA

(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assestadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, conforme previsto nos Artigos 330 Denúnciação Caluniosa e 319-Comunicação Falsa de Crime ou de Ocorrência do Código Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2020 07:24 Data/Hora Fim: 01/03/2020 07:51
Delegado de Polícia: Jefferson Pires de Alvarenga

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Lagarto - Alsp
Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:00

Local do Fato

Município: Lagarto (SE)
Bairro: Povoado Boeiro
Logradouro: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20096: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL PROVOCADO PELA PRÓPRIA VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 05/11/1991 Idade: 28 anos
Naturalidade: SE - Lagarto Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a) Nome do Pai: Egnaldo José da Cruz
Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 036.726.425-09
RG - Carteira de Identidade: 31617220

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: povoado urubu grande
Complemento: zona rural de lagarto
Bairro: centro
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

Nome Civil: CARLOS MENEZES EVANGELISTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 08/02/1972 Idade: 48 anos
Naturalidade: SE - Lagarto Profissão: lavrador Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Casado(a) Nome do Pai: JOAO LUCAS SOBRINHO
Nome da Mãe: ANTONIA MENEZES EVANGELISTA

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 693.040.175-72
RG - Carteira de Identidade: 1033469

Endereço

Município: Lagarto - SE
Logradouro: ROD SE 214 ARTHUR DE OLIVEIRA REIS

Nº: 414



Delegado de Polícia Civil: Jefferson Pires de Alvarenga
Impresso por: Gilvaneto da Silva Chagas
Data de Impressão: 01/03/2020 07:51
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

Complemento: BRASILIA
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

CEP: 49.400-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

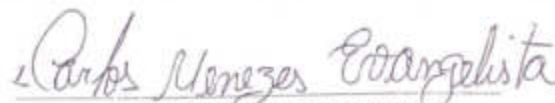
Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL, QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

ASSINATURAS


Gilvanete da Silva Chagas
Responsável pelo Acondicionamento


CARLOS MENEZES EVANGELISTA
(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou(s) o(s) responsável(is) pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, previsto em Artigo 330 do Estatuto da OAB e 319 do Código Penal Brasileiro, sob pena de Crime de Falsidade Ideológica, Crime Penal Brasileiro.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 022971/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 01/03/2020 07:24 Data/Hora Fim: 01/03/2020 07:51
Delegado de Polícia: Jefferson Pires de Alvarenga

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Regional de Lagarto - Alsp
Data/Hora do Fato: 29/02/2020 22:00

Local do Fato

Município: Lagarto (SE)
Bairro: Povoado Boeiro
Logradouro: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias

Tipo do Local: Outro

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20096: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL PROVOCADO PELA PRÓPRIA VÍTIMA	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JESSICA DE ALMEIDA CRUZ (VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino	Nasc: 05/11/1991	Idade: 28 anos
Naturalidade: SE - Lagarto		Escolaridade: Ensino Superior Incompleto	
Estado Civil: Solteiro(a)		Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz	
Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 036.726.425-09
RG - Carteira de Identidade: 31617220

Endereço

Município: Aracaju - SE
Logradouro: povoado urubu grande
Complemento: zona rural de lagarto
Bairro: centro
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

Nome Civil: CARLOS MENEZES EVANGELISTA (COMUNICANTE)			
Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/02/1972	Idade: 48 anos
Naturalidade: SE - Lagarto	Profissão: lavrador	Escolaridade: Ensino Médio Completo	
Estado Civil: Casado(a)		Nome do Pai: JOAO LUCAS SOBRINHO	
Nome da Mãe: ANTONIA MENEZES EVANGELISTA			

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 693.040.175-72
RG - Carteira de Identidade: 1033469

Endereço

Município: Lagarto - SE
Logradouro: ROD SE 214 ARTHUR DE OLIVEIRA REIS

Nº: 414



Delegado de Polícia Civil: Jefferson Pires de Alvarenga
Impresso por: Gilvaneto da Silva Chagas
Data de Impressão: 01/03/2020 07:51
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES - ARACAJU - SE

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 022971/2020

Complemento: BRASILIA
Bairro: ZONA RURAL
Telefone: (79) 9997-2121 (Celular)

CEP: 49.400-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

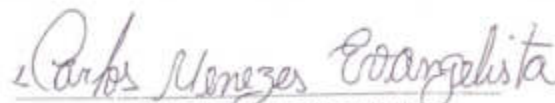
Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL, QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

ASSINATURAS


Gilvanete da Silva Chagas
Responsável pelo Acondicionamento


CARLOS MENEZES EVANGELISTA
(Comunicante)

*Declaro para os devidos fins de direito que sou(s) o(s) responsável(is) pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei sob juramento, previsto em Artigo 332 do Estatuto da OAB e 319 do Código Penal Brasileiro.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE SERGIPE



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

MATRÍCULA:

1103120155 1992 1 00035 100 0038544 59

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

DIA MÊS ANO

cinco de novembro de mil novecentos e noventa e um

05/11/1991

HORA

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

01:00

LAGARTO - SE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

LOCAL DE NASCIMENTO

SEXO

LAGARTO - SE

MATERNIDADE MONSENHOR
DALTRO

feminino

FILIAÇÃO

EGNALDO JOSÉ DA CRUZ

JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ

AVÓS

JOSÉ FRANCISCO DA CRUZ e JOAQUINA TORQUATO DOS SANTOS

JOSÉ FRANCISCO DE ALMEIDA e MATILDE LUCAS EVANGELISTA

GÊMEO

NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

dezessete de agosto de mil novecentos e noventa e
dois

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

Cartório Do 2º Ofício de Registro Civil e Tabelionato de Notas
Oficial: DAVID DE OLIVEIRA CRUZ
RUA DR. LAUDELINO FREIRE Nº 274, CENTRO -
LAGARTO - SE. (79) 3631-2018

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO - SE, 20 de fevereiro de 2014.

Assinatura do Oficial/Substituto



AA 419629



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME:
JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF

036.726.425-09

MATRÍCULA:

1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81

SEXO

Feminino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteira, com 28 anos de idade

NATURALIDADE

Lagarto - SE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

3.161.722-0, SSP - SE

ELEITOR

Era eleitora

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

EGNALDO JOSÉ DA CRUZ e JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ. Residência: ESTRADA JOÃO DE ZECA IRENO, N° 949, POVOADO URUBU GRANDE, LAGARTO-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Vinte e nove de fevereiro de dois mil e vinte, às 23:00 horas

DIA MÊS ANO

29/02/2020

LOCAL DE FALECIMENTO

RODOVIA-SE- 270, S/N, LAGARTO-SE

CAUSA DA MORTE

a) - HEMORRAGIA INTRACRANIANA, b) - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, c) - AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO

CEMITÉRIO PAROQUIAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE, LAGARTO-SE

DECLARANTE

RENISSON EVANGELISTA SANTOS

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

MÔNICA FIGUEIRÓIA SANTANA, CRM: 4912

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES À ACRESCEER

Profissão: ESTUDANTE. Declarou que não deixou bens a inventariar. Não deixou testamento. Não deixou filhos. Observação: Vítima de acidente de trânsito.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3.161.722-0	31/10/2012	SSP - SE	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---

CEP Residencial	---	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	-----	-----------------	-----

1ª via da certidão. Emolumentos isentos.
CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE LAGARTO/SE
Oficial: GUSTAVO HERRERA SALGUEIRO
AVENIDA ZACARIAS JÚNIOR, N° 143 CENTRO
LAGARTO-SE. (79) 3631-6332

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO-SE, 03 de março de 2020.

Assinatura do Oficial

1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO/SE
Indiana Araújo Almeida

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

03/03/2020 09:28

<https://www.tjse.jus.br/x/UPQTBf>



202029517003496



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE LAGARTO/SE

Certifico e dou fé que esta fotocópia é
reprodução fiel do original que me foi
apresentado. 02/10/2020 Escrivente Indiana
Araújo Almeida Selo Digital 202029516052003
Site www.tjse.jus.br/x/F8JF7B



BRP 004746182 DA ARPENBRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME:
JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF
036.726.425-09

MATRÍCULA:
1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81

SEXO COR ESTADO CIVIL E IDADE

NATURALIDADE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ELEITOR

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
EGNALDO JOSÉ DA CRUZ e JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ. Residência: ESTRADA JOÃO DE ZECA IRENO, N° 949, POVOADO URUBU GRANDE, LAGARTO-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO DIA MÊS ANO

LOCAL DE FALECIMENTO

CAUSA DA MORTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO DECLARANTE

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES À ACRESCER
Profissão: ESTUDANTE. Declarou que não deixou bens a inventariar. Não deixou testamento. Não deixou filhos. Observação: Vítima de acidente de trânsito.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

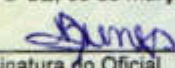
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3.161.722-0	31/10/2012	SSP - SE	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---

CEP Residencial	---	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	-----	-----------------	-----

1ª via da certidão. Emolumentos isentos.
CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE LAGARTO/SE
Oficial: GUSTAVO HERRERA SALGUEIRO
AVENIDA ZACARIAS JÚNIOR, N° 143 CENTRO
LAGARTO-SE. (79) 3631-6332

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO-SE, 03 de março de 2020.


Assinatura do Oficial

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

03/03/2020 09:28

<https://www.tjse.jus.br/x/UPQTBf>



202029517003496

ARPENBRASIL DA 004746182 BRP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME:
JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF
036.726.425-09

MATRÍCULA:
1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81

SEXO Femenino COR ESTADO CIVIL E IDADE Solteira, com 28 anos de idade

NATURALIDADE Lagarto - SE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO 3.161.722-0, SSP - SE ELEITOR Era eleitora

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
EGNALDO JOSÉ DA CRUZ e JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ. Residência: ESTRADA JOÃO DE ZECA IRENO, N° 949, POVOADO URUBU GRANDE, LAGARTO-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO Vinte e nove de fevereiro de dois mil e vinte, às 23:00 horas DIA MÊS ANO 29/02/2020

LOCAL DE FALECIMENTO
 RODÓVIA-SE- 270, S/N. LAGARTO-SE

CAUSA DA MORTE
 a) - HEMORRAGIA INTRACRANIANA, b) - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, c) - AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO CEMITÉRIO PAROQUIAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE, LAGARTO-SE DECLARANTE RENISSON EVANGELISTA SANTOS

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
 MÔNICA FIGUEIRÔA SANTANA, CRM: 4912

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES À ACRESCER
 Profissão: ESTUDANTE. Declarou que não deixou bens a inventariar. Não deixou testamento. Não deixou filhos. Observação: Vítima de acidente de trânsito.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

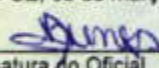
TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3.161.722-0	31/10/2012	SSP - SE	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---

CEP Residencial	---	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	-----	-----------------	-----

1ª via da certidão. Emolumentos isentos.
CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE LAGARTO/SE
Oficial: GUSTAVO HERRERA SALGUEIRO
AVENIDA ZACARIAS JÚNIOR, N° 143 CENTRO
LAGARTO-SE. (79) 3631-6332

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO-SE, 03 de março de 2020.


Assinatura do Oficial

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

03/03/2020 09:28

<https://www.tjse.jus.br/x/UPQT8F>



202029517003496

BRP
004746182
DA
ARPENBRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF

036.726.425-09

MATRÍCULA:

1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81

SEXO

Feminino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteira, com 28 anos de idade

NATURALIDADE

Lagarto - SE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

3.161.722-0, SSP - SE

ELEITOR

Era eleitora

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

EGNALDO JOSÉ DA CRUZ e JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ. Residência: ESTRADA JOÃO DE ZEÇA IRENO, N° 949, POVOADO URUBU GRANDE, LAGARTO-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Vinte e nove de fevereiro de dois mil e vinte, às 23:00 horas

DIA MÊS ANO

29/02/2020

LOCAL DE FALECIMENTO

RODOVIA SE- 270, S/N. LAGARTO-SE

CAUSA DA MORTE

a) - HEMORRAGIA INTRACRANIANA, b) - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, c) - AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO

CEMITÉRIO PAROQUIAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE, LAGARTO-SE

DECLARANTE

RENISSON EVANGELISTA SANTOS

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

MÔNICA FIGUEIRÔA SANTANA, CRM: 4912

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES À ACRESCER

Profissão: ESTUDANTE. Declarou que não deixou bens a inventariar. Não deixou testamento. Não deixou filhos. Observação: Vítima de acidente de trânsito.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3.161.722-0	31/10/2012	SSP - SE	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---

CEP Residencial	---	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	-----	-----------------	-----

1ª via da certidão. Emolumentos isentos.

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE LAGARTO/SE

Oficial: GUSTAVO HERRERA SALGUEIRO

AVENIDA ZACARIAS JÚNIOR, N° 143 CENTRO

LAGARTO-SE. (79) 3631- 6332

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

LAGARTO-SE, 03 de março de 2020.

Assinatura do Oficial

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

03/03/2020 09:28

<https://www.tjse.jus.br/s/UPQTBf>



2020029517003496

BRP 004746182 DA ARPENBRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME:
JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF
036.726.425-09

MATRÍCULA:
1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81

SEXO COR ESTADO CIVIL E IDADE

Feminino Solteira, com 28 anos de idade

NATURALIDADE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO ELEITOR

Lagarto - SE 3.161.722-0, SSP - SE Era eleitora

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
EGNALDO JOSÉ DA CRUZ e JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ. Residência: ESTRADA JOÃO DE ZEÇA IRENO, N° 949, POVOADO URUBU GRANDE, LAGARTO-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO DIA MÊS ANO

Vinte e nove de fevereiro de dois mil e vinte, às 23:00 horas 29/02/2020

LOCAL DE FALECIMENTO

RODOVIA SE- 270, S/N. LAGARTO-SE

CAUSA DA MORTE

a) - HEMORRAGIA INTRACRANIANA, b) - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, c) - AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO DECLARANTE

CEMITÉRIO PAROQUIAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE, LAGARTO-SE RENISSON EVANGELISTA SANTOS

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

MÔNICA FIGUEIRÓIA SANTANA, CRM: 4912

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES À ACRESCER

Profissão: ESTUDANTE. Declarou que não deixou bens a inventariar. Não deixou testamento. Não deixou filhos. Observação: Vítima de acidente de trânsito.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3.161.722-0	31/10/2012	SSP - SE	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---

CEP Residencial	---	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	-----	-----------------	-----

1ª via da certidão. Emolumentos isentos. O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE LAGARTO/SE LAGARTO-SE, 03 de março de 2020.

Oficial: GUSTAVO HERRERA SALGUEIRO

AVENIDA ZACARIAS JÚNIOR, N° 143 CENTRO

LAGARTO-SE. (79) 3631- 6332

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de Sergipe

2º Ofício da Comarca de Lagarto

03/03/2020 09:28

<https://www.tjse.jus.br/s/UPQTBf>



202029517003496

Assinatura do Oficial

BRP DA 004746182 ARPENBRASIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME:
JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF

036.726.425-09

MATRÍCULA:

1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81

SEXO

Feminino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteira, com 28 anos de idade

NATURALIDADE

Lagarto - SE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

3.161.722-0, SSP - SE

ELEITOR

Era eleitora

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

EGNALDO JOSÉ DA CRUZ e JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ. Residência: ESTRADA JOÃO DE ZECA IRENO, N° 949, POVOADO URUBU GRANDE, LAGARTO-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Vinte e nove de fevereiro de dois mil e vinte, às 23:00 horas

DIA MÊS ANO

29/02/2020

LOCAL DE FALECIMENTO

RODOVIA-SE- 270, S/N, LAGARTO-SE

CAUSA DA MORTE

a) - HEMORRAGIA INTRACRANIANA, b) - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, c) - AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO

CEMITÉRIO PAROQUIAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE, LAGARTO-SE

DECLARANTE

RENISSON EVANGELISTA SANTOS

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

MÔNICA FIGUEIRÓIA SANTANA, CRM: 4912

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES À ACRESCEER

Profissão: ESTUDANTE. Declarou que não deixou bens a inventariar. Não deixou testamento. Não deixou filhos. Observação: Vítima de acidente de trânsito.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3.161.722-0	31/10/2012	SSP - SE	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---

CEP Residencial	---	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	-----	-----------------	-----

1ª via da certidão. Emolumentos isentos.
CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE LAGARTO/SE
Oficial: GUSTAVO HERRERA SALGUEIRO
AVENIDA ZACARIAS JÚNIOR, N° 143 CENTRO
LAGARTO-SE. (79) 3631-6332

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO-SE, 03 de março de 2020.

Assinatura do Oficial

1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO/SE
Indiana Araújo Almeida

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

03/03/2020 09:28

<https://www.tjse.jus.br/x/UPQTBf>



202029517003496



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DE LAGARTO/SE
Forma: (79) 3631-6332 / (79) 3631-6333 / (79) 3631-6334

Certifico e dou fé que esta fotocópia é
reprodução fiel do original que me foi
apresentado. 02/10/2020 Escrivente Indiana
Araújo Almeida Selo Digital 202029516052003
Site www.tjse.jus.br/x/F8JF7B



BRP 004746182 DA ARPENBRASIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME:
JESSICA DE ALMEIDA CRUZ

CPF

036.726.425-09

MATRÍCULA:

1103120155 2020 4 00042 071 0018468 81

SEXO

Feminino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

Solteira, com 28 anos de idade

NATURALIDADE

Lagarto - SE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

3.161.722-0, SSP - SE

ELEITOR

Era eleitora

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

EGNALDO JOSÉ DA CRUZ e JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA CRUZ. Residência: ESTRADA JOÃO DE ZECA IRENO, N° 949, POVOADO URUBU GRANDE, LAGARTO-SE

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Vinte e nove de fevereiro de dois mil e vinte, às 23:00 horas

DIA MÊS ANO

29/02/2020

LOCAL DE FALECIMENTO

RODOVIA-SE- 270, S/N, LAGARTO-SE

CAUSA DA MORTE

a) - HEMORRAGIA INTRACRANIANA, b) - TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, c) - AÇÃO CONTUNDENTE

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO MUNICÍPIO E CEMITÉRIO SE CONHECIDO

CEMITÉRIO PAROQUIAL NOSSA SENHORA DA PIEDADE, LAGARTO-SE

DECLARANTE

RENISSON EVANGELISTA SANTOS

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

MÔNICA FIGUEIRÓIA SANTANA, CRM: 4912

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES À ACRESCEER

Profissão: ESTUDANTE. Declarou que não deixou bens a inventariar. Não deixou testamento. Não deixou filhos. Observação: Vítima de acidente de trânsito.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3.161.722-0	31/10/2012	SSP - SE	---
PIS/NIS	---	---	---	---
Passaporte	---	---	---	---
Cartão Nacional de Saúde	---	---	---	---

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	ZONA/SEÇÃO	MUNICÍPIO	UF
Título de Eleitor	---	---	---	---

CEP Residencial	---	Grupo Sanguíneo	---
-----------------	-----	-----------------	-----

1ª via da certidão. Emolumentos isentos.
CARTÓRIO 2º OFÍCIO DE LAGARTO/SE
Oficial: GUSTAVO HERRERA SALGUEIRO
AVENIDA ZACARIAS JÚNIOR, N° 143 CENTRO
LAGARTO-SE. (79) 3631-6332

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
LAGARTO-SE, 03 de março de 2020.

Assinatura do Oficial

1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO/SE
Indiana Araújo Almeida

Selo Digital de Fiscalização
Tribunal de Justiça de
Sergipe

2º Ofício da Comarca de
Lagarto

03/03/2020 09:28

<https://www.tjse.jus.br/x/UPQTBf>



202029517003496



CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO DA COMARCA DE LAGARTO/SE
FONE: (79) 3631-6332 / (79) 3631-6333 / (79) 3631-6334

Certifico e dou fé que esta fotocópia é
reprodução fiel do original que me foi
apresentado. 02/10/2020 Escrivente Indiana
Araújo Almeida Selo Digital 202029516052003
Site www.tjse.jus.br/x/F8JF7B



BRP 004746182 DA ARPENBRASIL



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES
ARACAJU - SE

Requisição de Exame Pericial- Necroscópico - Nº
BO Nº 22971/2020

Ao(A) Sr(a)
DIRETOR DO IML
ARACAJU - SE.

1681

Prezado(a) Senhor(a),

Solicitamos a Vossa Senhoria, a realização de Exame Pericial Necroscópico na pessoa de: Jessica de Almeida Cruz, CPF: 036.726.425-09, RG Número: 31617220, Orgão Expedidor: ssp, Estado: SE, Município: Lagarto, Data de Expedição: 31/10/2012, Nome da Mãe: Josefa Francisca de Almeida Cruz, Nome do Pai: Egnaldo Jose da Cruz, Sexo: Feminino, Identidade de Gênero: Mulher, Raça/Cor: Parda, Estado Civil: Solteiro(a), Nacionalidade: Brasileira, Local de Nascimento: Lagarto/SE, Idade: 28 anos, Data de Nascimento: 05/11/1991, Escolaridade: Ensino Superior Incompleto, Endereco: povoado urubu grande, zona rural de lagarto, Bairro: centro, Aracaju/SE, Telefone: (79) 9997-2121 (Celular).

QUESITOS: Qual a causa da morte? Qual o instrumento ou meio que produziu a morte?

Data do Fato: 29/02/2020.

Hora dos Fato: 22:00.

Endereço do local do fato: Rodovia que liga Lagarto a Simão Dias, Povoado Boeiro Lagarto-Sergipe.

Relato Histórico: RELATA O COMUNICANTE, QUE NA NOITE DE ONTEM, POR VOLTA DAS 23:00HORAS, SUA PRIMA JESSICA DE ALMEIDA CRUZ, ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO BIS DE COR PRETA, NA RODOVIA DE LAGARTO COM DESTINO A SIMÃO DIAS, QUANDO COLIDIU COM UM CAVALO, VINDO A ÓBITO NO LOCAL. QUE NÃO SABE PRECISAR OS DADOS DA MOTO E NEM MESMO A QUEM PERTENCIA O ANIMAL CITADO QUE TAMBÉM MORREU. PELO EXPOSTO, SOLICITA AS PROVIDÊNCIAS

EMITIR: Exame Definitivo

OBS: Remeter Laudo para: Central de Flagrantes , Email:

JOSE FRANCISCO DE ALMEIDA
EST. JOAO DE ZECA RENO, 943 / URSUBU GR - POV URSUBU GRAND
LAGARTO / SE CEP: 49400000 (AQ: 180)

CNPJ/CNPURAN: 080 300 175-00

Grupo: MTC - CONVENCIONAL BAIXA T / Subgrupo: B2
Classe: RURAL / Subclasse: AGROPECUARIA RURAL
Ligação: MONOFASICO
Rotam: 4-182-140-841 NF Medidor: W1031152351



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

3/162683-7

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00001626837



VALOR DA FATURA

R\$ 51,14



VENCIMENTO

15/06/2021



REFERÊNCIA

Jun / 2021



CONSUMO

66kWh

2,06 kWh
MÉDIA DIÁRIA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIÇÃO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa/ Tributos	Valor Base Calc. Total (R\$)	Alc. ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc. (R\$)	PGR (R\$)	PGR (R\$)	PGR (R\$)
0001	Consumo em kWh	66	0,510810	33,76	0,00	0,00	33,76	0,23	1,57
0001	Adic. B. Vermelha			3,19	0,00	0,00	3,19	0,02	0,10
0010	Subsídio			4,76	0,00	0,00	4,76	0,03	0,15
0007	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			12,76	0,00	0,00	12,76	0,00	0,00
0008	JORNALISMO PÚBLICO			4,59	0,00	0,00	4,59	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio								

CCI: Código de Classificação do Item
Tarifa e Tributos: 0,510810

TOTAL: 51,14 0,00 0,00 42,97 0,28 1,32

RESERVADO AO FISCO

71c9.09f6.f2e3.3acf.c168.3491.x2c9.9b48.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Período	Consumo (kWh)
Jun/20	100
Jul/20	94
Ago/20	96
Sep/20	104
Out/20	90
Nov/20	104
Dez/20	99
Jan/21	93
Fev/21	95
Mar/21	104
Abr/21	117
Mai/21	96
Meda	101

LEITURAS

Anterior 07/05/21 28913
Atual 06/06/21 29979
Consumo 66kWh
Período 30 dias
Constante do medidor 1

PRÓXIMA LEITURA

09/07/2021

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da Energisa/SE	13,24	26,10
Cobrança de Energia	17,74	34,70
Serviço de Transmissão	2,16	4,24
Encargos Setoriais	3,54	6,92
Impostos Diretos e Encargos	14,26	28,06
Outros Serviços	1,00	1,96
Total	51,14	100,00

Encargos de Uso do Sistema de Distribuição (Ref. 4/2021) R\$ 29,38

* Pagamento pela Medida Mínima

INDICADORES DE QUALIDADE

REFERÊNCIA 04/2021 - Conjunto LAGARTOS

METRA	MENSAL	APURADO TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO (V)
Horas de Interrupção de Energia - DIO	10,73	4,11	21,48	42,92
Voltagem e Tensão em Energia - POC	7,53	2,00	16,04	30,08
Duração da maior interrupção de energia - DMO	6,78	3,36		
Duração da interrupção individual em dia crítico - DIOCR	18,80			
				LIMITE INFERIOR 117
				LIMITE SUPERIOR 139

ATENÇÃO

- Para preservar sua saúde, a Energisa está pronta para atender pela nossa virtualidade. Site: App Energisa Online
WhatsApp: (11) 99101-0715 E-mail para envio de documentos: calculo@energisa.com.br

Subvenção DEC 7.801/13 R\$ 4,59

- Atenção: A responsabilidade pela iluminação pública é de responsabilidade do município. Problemas com iluminação pública, contate a Prefeitura local de seu município.

- Resolva também a média 8,80% a partir de 22/04/21 conf. REH nº 2009/2021 NANEEL.

ENERGISA SERGIPE-DISTRIB ENERGI SA - Rua Min Apolônio Sales, 81 - bairro Britânia
Aracaju/SE - CEP 49040-150 - CNPJ 13.017.462/0001-40 - Ins. Est. 270.767.406
Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº 036.757.855 - Emissão/Apresentação 06/06/2021
Esta NOTA FISCAL / CONTA DE ENERGIA fica disponível para consulta



- Gere mais facilidade pagando com o PIX

Use seu app de pagamento favorito, escolha "pagar com PIX" e leia o código ao lado

Quer mais facilidade?
Abra sua Conta Voltz - Energisa e tenha vantagens exclusivas!

Entenda melhor em contavoltz.com/pt

00001626837 4 888



DESO - Companhia de Saneamento de São Paulo
RUA EST. DA MOITA, 131, POV. BRASILIA, 49400-000
CNPJ: 07.041.171/0001-60, INSC. EST. SP: 07.041.171-0

FATURA MENSAL *

Matrícula

474236-2

JOSEFA FRANCISCA DE ALMEIDA

CPF

..***-**

RUA EST DA MOITA, 131, POV BRASILIA, 49400-000

417021/00227

17/05/2022

A16N276990

REC: *

Leit. Anterior 293
Leit. Atual 297
Consumo Faturado (m3) 10
Média de consumo (m3) 4
Data da Leit. Anterior 14/04/22
Dias de Consumo 33
Média diária (m3) 0,12
Previsão para Prox. Leit. 16/06/22

HISTÓRICO DE CONSUMO

PER.	(M3)
04/22	00211
05/22	00000
02/22	00004
01/22	00010
12/21	00002
11/21	00002

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PREVISÃO DE TRIBUTOS (R\$)
COTA INCL. 3,18 PÁG. 10, 608

Serviço
AQUA
ESGOTO

Valor

41,85
0,00

Mês Referência

05/2022

VENCIMENTO: 24/05/2022

TOTAL A PAGAR R\$

41,85

****CERTIDÃO DE QUITAÇÃO**** Declaramos que as faturas de consumo de água e esgoto da presente matrícula, relativas a 2021, foram pagas. Esta certidão não abrange parcelas vincendas, serviços a cobrar e contas em revisão.

A falta de pagamento dessa fatura 30 (trinta) dias após sua vencimento implicará na interrupção do fornecimento de serviços - art. 81, Decreto Lei nº 27.585/2010.

Preçosa de apoio emocional? Ligue 168 (gratuito) - CVV: Centro de Valorização da Vida

CANAL DE ATENDIMENTO: 0800 078 0100 - SAC: 4030-0195
AGÊNCIA VIRTUAL: www.deso-sp.com.br/agenciavirtual

Qualidade da Água Distribuída (Decreto Federal nº 2.466/2005 - ANVISA Portaria)

Parâmetro	Turbidez	Cor	Cloro	Fluoretos	Temperatura
1. Turbidez (Núcleos de Turbidez Englobados)	78	19	78		78
2. Cor (Núcleos de Turbidez Englobados)	81	81	81		81
3. Fluoretos (Núcleos de Turbidez Englobados)	71	80	89		74

Fonte: Relatório de Qualidade