



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME: JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA e DAMIANA ALEXANDRE DIAS

Matrícula: 0757050155 1988 2 00021 116 0001420 52

Sendo: JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA, brasileiro, natural de Juazeirinho - PB, nascido em 17 de Outubro de 1963; filho de: José Ferreira e Josefa da Conceição Ferreira.

Sendo: DAMIANA ALEXANDRE DIAS, brasileira, natural de Itapetim - PB, nascida em data de 22 de Dezembro de 1965, filha de: Arlindo Alexandre Sobrinho e Maria de Lourdes Dias.

Tendo sido o Casamento com efeito Civil realizado e registrado em 15.09.1988.

Regime de Bens: Comunhão Parcial de Bens.

A Nubente após o Casamento passou a usar o nome: Damiana Alexandre Dias da Silva.

Observações / Averbacões: 2ª via. A presente Certidão foi extraída do Assentamento lavrado no Livro B-21, às fls. 116 nº. 1.420. Os Nubentes do presente termo se Divorciaram em 17.09.2013, por Sentença prolatada pelo Juiz da 2ª Vara de Família e Sucessões da Comarca de Osasco - SP, voltando a mulher a usar o nome de DAMIANA ALEXANDRE DIAS, conforme Mandado arquivado em Cartório. O Nubente do presente termo faleceu em 20.09.2018, tendo sido feito o Registro de Óbito no Livro C-06, fls. 302 sob o nº 3331, no RCPN de Soledade - PB.

**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE ITAPETIM
MÁRIO SOARES CAVALCANTI - Oficial
Rua Pedro Pereira do Nascimento, s/nº, Centro,
Itapetim - PB, CEP 56.720-000, fone (87) 3853-1145
E-mail: marioscavalcanti@itapetim.org.br**

**O conteúdo da certidão é verdadeiro.
Dou fé.
Itapetim, 22 de Outubro de 2020.**

**Mário Soares Cavalcanti
Oficial**

Selo: 0075705.ISF10202001.00028

Consulte autenticidade em www.tjpe.gov.br/seledigital

NÃO PLASTIFICAR



**CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, REGISTROS E PROTESTOS
MÁRIA ANGELITA COSTA
Fone: (87) 38531-145**

**Reconheço a
CAVALCANTI
dividido
3,22. Substituta
C. Zumbado Costa Cavalcanti - Substituta.**

**30/10/2020 16:47:01
Consulte autenticidade em www.tjpe.gov.br/seledigital**



arpenpe AA 000508904 P

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula	0019430155 1947 1 0000 030 0000533 31	cc (55) Tipo de Serviço Prestado, sendo:	4/11 (0003)	Número do Livro
Padrão	aaaaaabbbcc dddd e ffff ggg hhhhhh ii	55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	00g (050)	Número da Folha
DETALHAMENTO		ddd (1987) Ano de Registro	zhhhhhh (0000533)	Número do Termo
aaaaa (00100.3)	Código Nacional da Servidão (de=1) Nacionalidade da Servidão	e (1) Tipo de livro, sendo:	ii (31)	Digito Verificador
bb (01)	Código de Acervo, sendo: 01 - Acervo Próprio 02 - Acervos Incorporados	1: Livro A (Pessoas) 2: Livro B (Casamentos) 3: Livro C (Autógrafos) 4: Livro D (Autógrafos) 5: Livro E (Autógrafos) 6: Livro F (Autógrafos) 7: Livro G (Autógrafos) 8: Livro H (Autógrafos) 9: Livro I (Autógrafos) 0: Livro J (Autógrafos)		

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME: JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA e DAMIANA ALEXANDRE DIAS

Matrícula: 0757050155 1988 2 00021 116 0001420 52

Sendo: JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA, brasileiro, natural de Juazeirinho - PB, nascido em 17 de Outubro de 1963; filho de: José Ferreira e Josefa da Conceição Ferreira.

Sendo: DAMIANA ALEXANDRE DIAS, brasileira, natural de Itapetim - PE, nascida em data de 22 de Dezembro de 1965, filha de: Artindo Alexandre Sobrinho e Maria de Lourdes Dias.

Tendo sido o Casamento com efeito Civil realizado e registrado em 15.09.1988.

Regime de Bens: Comunhão Parcial de Bens.

A Nubente após o Casamento passou a usar o nome: Damiana Alexandre Dias da Silva.

Observações / Averbacões: 2ª via. A presente Certidão foi extraída do Assentamento lavrado no Livro B-21, às fls. 116 nº. 1.420. Os Nubentes do presente termo se Divorciaram em 17.09.2013, por Sentença prolatada pelo Juiz da 2ª Vara de Família e Sucessões da Comarca de Osasco - SP, voltando a mulher a usar o nome de: DAMIANA ALEXANDRE DIAS, conforme Mandado arquivado em Cartório. O Nubente do presente termo faleceu em 20.09.2018, tendo sido feito o Registro de Óbito no Livro C-06, fls. 302 sob o nº 3331, no RCPN de Soledade - PB.

**CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DE ITAPETIM
MÁRIO SOARES CAVALCANTI - Oficial
Rua Pedro Pereira do Nascimento, s/nº, Centro,
Itapetim - PE, CEP 56.720-000, fone (87) 3853-1145
E-mail: marioacavalcanti@ig.com.br**

**O conteúdo da certidão é verdadeiro.
Dou fé.**

Itapetim, 22 de Outubro de 2020.

**Mário Soares Cavalcanti
Oficial**

Selo: 0075705.ISF10202001.00028

Consulte autenticidade em www.tjpe.gov.br/selodigital

NÃO PLASTIFICAR



arpenpe AA 000508904 P

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula	001820155 1817 1 9003 090 6006533 31	cc (15)	Tipo de Serviço Prestado, sendo: 31 - Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	nr (0001)	Número do livro
Padrão	aaaaabccc ddeee e ffff ggg hhhhhhh ii	ccdd (1987)	Ano do Registro	903 (000)	Número da folha
aaaaa (00138-3)	Código Nacional de Serviço	e (1)	Tipo do livro, sendo: 1 - Livro A (Pessoas) 2 - Livro B (Pessoas) 3 - Livro C (Pessoas) 4 - Livro D (Pessoas) 5 - Livro E (Pessoas) 6 - Livro F (Pessoas) 7 - Livro G (Pessoas) 8 - Livro H (Pessoas) 9 - Livro I (Pessoas) 0 - Livro J (Pessoas)	hhhhhh (0000333)	Número do Termo
bb (01)	Código de Verificação	g (1)	Letra do Verificador	ii (91)	Dígito Verificador

Uso exclusivo para emissão de certidão de registro civil das pessoas naturais



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME

DINACY ERODINA DE OLIVEIRA

CPF

SEM INFORMAÇÃO

MATRÍCULA

0700370155 1981 1 00004 007 0001578 44

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

dez de outubro de mil novecentos e sessenta e três

DIA

10

MÊS

10

ANO

1963

HORA DE NASCIMENTO

09:00

NATURALIDADE

Pombal-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Cajazeirinhas-PB

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

SÍTIO CAMARAGIBE DISTRITO DE CAJAZEIRINHAS -
Pombal-PB

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

JOSE PEDRO DE OLIVEIRA, naturalidade: Soledade-PB | ERONDINA MARIA DA CONCEIÇÃO, naturalidade: Pombal-PB.

AVÓS

Paterno(s): PEDRO XAVIEL DA ROCHA e GLICERIA MARIA DA CONCEIÇÃO. Materno(s): JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO e MAIA FRANCILINA DA CONCEIÇÃO.

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

vinete de maio de mil novecentos e oitenta e um (20/05/1981).

NÚMERO DA DN/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

— NADA CONSTA —

AVERBAÇÕES/NOTAÇÕES A ACRESCEER

2ª VIA. Registro lavrado em 20/05/1981, no livro A-00004, Nº 1578, folha 7.

Possidônio Ferreira de Queiroga
Maria das Neves Queiroga Rodrigues
Cajazeirinhas-PB

Rua Raimunda Rodrigues Pereira nº14 Centro Cajazeirinhas-PB - CEP
58855000 Fone: (53)3437-1008 E-mail:
cartoriodecajazeirinhas@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe,
Cajazeirinhas-PB, 02 de março de 2021.

Arianny Keylla de França Sousa
Arianny Keylla de França Sousa
Oficial Substituta

Para consulta e autenticação em:
<https://sigadigital.cajazeirinhas.pb.gov.br>
CPF: 036.266.464-16
Emolumentos e taxas oficiais

Arianny Keylla de França Sousa
Arianny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub. Oficial

Selo Digital: ALF03672-02LE



AA 000187077

Assessoria dos Níveis e Registros
do Estado da Paraíba



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

Certidão de óbito



NOME:

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA

CPF

601.046.274-68

MATRÍCULA:

0715300155 2018 4 00006 302 0003331 12

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 54 anos

NATURALIDADE

Juazeirinho-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ELEITOR

RG nº. 959122 SSP-PB

STM - Nº 028248141244, Zona: 23 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

JOSÉ FERREIRA e JOSEFA DA CONCEIÇÃO FERREIRA. Residência: Rua Heleno José dos Santos, no município de Soledade-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinho de setembro de dois mil e dezoito - 04:00

DIA

20

MÊS

09

ANO

2018

LOCAL DO FALECIMENTO

HOSPITAL DE TRAUMA, no município de Campina Grande-PB

CAUSA DA MORTE

Poli-traumatismo. Vítima de Acidente de Moto.

SÉPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério Público de Soledade-PB

DECLARANTE

Dinael Erondina de Oliveira, De-Lar; CPF nº 891.333.364-15, RG nº 1362203 SSP-PB, residente e domiciliada: Rua Heleno José dos Santos, Soledade-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr Herido Almeida da Costa - CRM: 6479

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro levado em 25/09/2018, no Livro C-00006, Nº 3331, folha 302. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 287701128. Pai de 03 filhos. Deixa 01 filho.



Maria José de O. Vital
Maria José de O. Vital
Rua Artur da Costa e Silva, 12
CEP: 58155-000 SOLEDADE-PB

Cartório de Registro de Imóveis e Tabelionato de Soledade-PB
Maria José de Oliveira Vital
Soledade-PB

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fe.
Soledade-PB, 25 de Setembro de 2018

Rua Artur da Costa e Silva nº 12, Bairro Santa Teresinha, CEP: 58155-000, Soledade-PB. Fone: (33) 3333-1077
Soledade-PB - CEP: 58155-000, Fone: (33) 3333-1077
Cartório de Registro de Imóveis e Tabelionato de Soledade-PB

Maria José de Oliveira Vital
Maria José de Oliveira Vital
Carteira do Registro Civil

Seu Documento AGM63379-0819

Consulte a autenticidade em: <https://sistemaonline.tpb.jus.br>

44-38861-2500

ENERGIA PARALELA: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 15.25, Cx. Postal 100, Jd. P. 100, PB - CEP 0071-890
 CAP 08095-23/0021-40 - Ind. Est. 15.015-822-C

Ata da 1ª Reunião de Trabalho do Conselho de Administração da ANEEL, de 19 de maio de 2010.

Conta referente a

Conta referent

Apresentação

Data prevista

www.energis.com

1 Feb 2019

19/02/2019

la prossima lettura

CPF/ CNP/ RAN

UC (Unidade Consumidora)

5/823034-4

Canal de contato

Canal de

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letra	Data	Letra			
02/10/18	76	02/10/18	65			

[illegible]

Figure 1. Schematic diagram of the experimental setup. The subject is seated in a chair, viewing a video screen. The screen displays a target (a small circle) and a starting point (a larger circle). The subject's hand is positioned at the starting point. The distance between the starting point and the target is 10 cm. The subject is instructed to move their hand from the starting point to the target. The video screen is positioned 40 cm from the subject's hand. The subject's hand is positioned at the starting point. The distance between the starting point and the target is 10 cm. The subject is instructed to move their hand from the starting point to the target. The video screen is positioned 40 cm from the subject's hand.

VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR	
1	100,00	100,00	
2	100,00	100,00	
3	100,00	100,00	
4	100,00	100,00	
5	100,00	100,00	
6	100,00	100,00	
7	100,00	100,00	
8	100,00	100,00	
9	100,00	100,00	
10	100,00	100,00	
11	100,00	100,00	
12	100,00	100,00	
13	100,00	100,00	
14	100,00	100,00	
15	100,00	100,00	
16	100,00	100,00	
17	100,00	100,00	
18	100,00	100,00	
19	100,00	100,00	
20	100,00	100,00	
21	100,00	100,00	
22	100,00	100,00	
23	100,00	100,00	
24	100,00	100,00	
25	100,00	100,00	
26	100,00	100,00	
27	100,00	100,00	
28	100,00	100,00	
29	100,00	100,00	
30	100,00	100,00	
31	100,00	100,00	
32	100,00	100,00	
33	100,00	100,00	
34	100,00	100,00	
35	100,00	100,00	
36	100,00	100,00	
37	100,00	100,00	
38	100,00	100,00	
39	100,00	100,00	
40	100,00	100,00	
41	100,00	100,00	
42	100,00	100,00	
43	100,00	100,00	
44	100,00	100,00	
45	100,00	100,00	
46	100,00	100,00	
47	100,00	100,00	
48	100,00	100,00	
49	100,00	100,00	
50	100,00	100,00	
51	100,00	100,00	
52	100,00	100,00	
53	100,00	100,00	
54	100,00	100,00	
55	100,00	100,00	
56	100,00	100,00	
57	100,00	100,00	
58	100,00	100,00	
59	100,00	100,00	
60	100,00	100,00	
61	100,00	100,00	
62	100,00	100,00	
63	100,00	100,00	
64	100,00	100,00	
65	100,00	100,00	
66	100,00	100,00	
67	100,00	100,00	
68	100,00	100,00	
69	100,00	100,00	
70	100,00	100,00	
71	100,00	100,00	
72	100,00	100,00	
73	100,00	100,00	
74	100,00	100,00	
75	100,00	100,00	
76	100,00	100,00	
77	100,00	100,00	
78	100,00	100,00	
79	100,00	100,00	
80	100,00	100,00	
81	100,00	100,00	
82	100,00	100,00	
83	100,00	100,00	
84	100,00	100,00	
85	100,00	100,00	
86	100,00	100,00	
87	100,00	100,00	
88	100,00	100,00	
89	100,00	100,00	
90	100,00	100,00	
91	100,00	100,00	
92	100,00	100,00	
93			

26/02/2019
Histórico de Consumo (kWh) R\$ 95,94

ADD AO FISCO

Limites da ANFI Apurada Limites de Tensão

M		Discrimination		Value	%
4.27	0.00	Service of Outlets - Emergency	16.40	77.40	
12.54		Service of Emergency	23.40	74.59	
2.08		Service of Transients -	2.55	2.80	
4.27	0.00	Emergency Services	3.60	4.04	
0.54		Emergency - Other - Emergency	49.71	51.81	
0.71		Emergency - Other -	0.00	0.00	
12.27	0.00	Emergency - Other -			

ATENÇÃO		Valor da Emissão R\$ 12.200,00 (Doze mil e 200 reais)
Valor da Emissão R\$	80,94	100,00
Observação: O presente documento é válido para a emissão de notas fiscais de 01/01/2019 a 31/12/2019. O presente documento é válido para a emissão de notas fiscais de 01/01/2019 a 31/12/2019. O presente documento é válido para a emissão de notas fiscais de 01/01/2019 a 31/12/2019.		Observação: O presente documento é válido para a emissão de notas fiscais de 01/01/2019 a 31/12/2019. O presente documento é válido para a emissão de notas fiscais de 01/01/2019 a 31/12/2019. O presente documento é válido para a emissão de notas fiscais de 01/01/2019 a 31/12/2019.

VENCIMENTO
26/02/2019

TOTAL A PAGAR

Comprovante de residência



Declaração de Residência

Eudinaldo Selismirino da Silva

RG. 4852225-9 CPF: 103.811.218-54 declaro para
fins de comprovação de residência que atualmente resido à Rua
CATUMBI

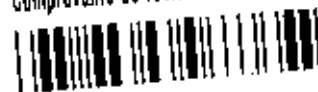
Nº 250 Bairro Vila Nova Município Itaquaquecetuba
UF SP

CEP: 08540-310

Declaro, também que assumo a total responsabilidade Civil e Criminal
pelos dados mencionados acima, comprometendo-me informar qualquer
alteração ou mudança de endereço.

São Paulo 09 de fevereiro de 2019

Eudinaldo Selismirino da Silva



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LUCAS FELISMINO DA SILVARG nº 38146585-8, data de expedição 26/03/2014 Órgão SSP/SP

CPF nº 439.673.018-77, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA CATUMBI</u>
Número	<u>250</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>VILA SONIA</u>
Cidade	<u>ITAQUAQUECETUBA</u>
Estado	<u>SP</u>
CEP	<u>08570 340</u>
Telefone de Contato	<u>(011) 98340 9233</u>
E-mail	<u>—</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: SOLEDADE - PB 24/01/2019Assinatura do Declarante: Lucas Felismino da Silva

**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

SECRETARIA MUNICIPAL DE POLÍCIA E
SEGURANÇA PÚBLICA
NOTIFICAÇÃO DE SITUAÇÃO DE INFRAÇÃO DE TRÂNSITO



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

DESCRIÇÃO DO VEÍCULO: XXXXXXXX

PLACA DO VEÍCULO: XXXXX
NOME DO CONDUTOR: XXXXX
DATA DA INFRAÇÃO: XXXXX
LOCAL DA INFRAÇÃO: XXXXX



Comprovante de residência



Declaração de Residência

Eu Luiz Eduardo Selismine da Silva

RG. 49.656.199-6 CPF: 413.839.048-04 declaro para
fins de comprovação de residência que atualmente resido à Rua
CATUMBI

Nº 250 Bairro Vila Sônia Município Itaquaquecetuba
UF SP

CEP: 08570-340

Declaro, também que assumo a total responsabilidade Civil e Criminal
pelos dados mencionados acima, comprometendo-me informar qualquer
alteração ou mudança de endereço.

São Paulo 09 de fevereiro de 2019

Luiz Eduardo S. da Silva



PREFEITURA DA CIDADE DE

SÃO PAULO

SECRETARIA DE MOBILIDADE E TRANSPORTES
DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO DO SISTEMA VIÁRIO - DSV

NOTIFICAÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA A INFRAÇÃO DE TRÂNSITO

0033302



DATA DE POSTAGEM 18/02/19



CTCE VILA MARIA-SPH-PL11-CTCE VILA MARIA-SPH B - AMARRADOS

EDMUNDO GOMES BATISTA
R CATUMBI 250
VL SONIA
08570-340 ITAQUAQUECETUBA-SP



7210125850003170000003330210180219

Declaração conjugue



DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

Dimaci Eronidina de Oliveira, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº. 1.362.203, CPF nº. 691.333364-45, residente na Rua: Hebeino José dos Santos, SN, São José declaro em sã consciência que convivia, na condição de **cônjuge**, com João Batista Ferreira da Silva (nome da vítima de acidente coberto pelo **Seguro DPVAT**), até a data do seu falecimento.

Declaro ainda que o / a mesmo / a deixou (deixou / não deixou) 3 (quantidade) descendentes, entre filhos naturais e adotivos.

Esta declaração é a expressão da verdade, pela qual me responsabilizo perante a Lei (Artigo 299 do Código Penal).

Cidade e data: Soledade-PB 20.09.2018

Dimaci Eronidina de Oliveira

Assinatura do Cônjuge



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 19/04/2018, faleceu em 20/04/2018, no estado civil de UNIÃO ESTÁVEL (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. <u>LUCAS FELISMINO DA SILVA</u>	<u>FILHO</u>	<u>38.146.585-8</u>	<u>439673018-77</u>
2. <u>DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA</u>	<u>CONJUGE</u>	<u>1.362.203</u>	<u>691.333.364-15</u>
3. <u>LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA</u>	<u>FILHO</u>	<u>496561996</u>	<u>613.839.048-04</u>
4. <u>EDNALDO FELISMINO DA SILVA</u>	<u>FILHO</u>	<u>48.352.225-9</u>	<u>403.141.218-54</u>
5. <u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou (X) deixou companheira(o) de nome DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

SOLEDADE / PB 28/02/2019

LOCAL E DATA

SOLEDADE / PB 28/02/2019

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Lucas Felismino da Silva

ASSINATURA DO DECLARANTE

Dinaci Erondina de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

Luiz Eduardo S. da Silva

ASSINATURA DO DECLARANTE

Ednaldo S. da Silva

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Marcelle da Rosa</u>	<u>1222061</u>	<u>22750540</u>	
2. <u>Fabiana Ferreira da Silva</u>	<u>3960176</u>	<u>11134337442</u>	

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

959.122-2 VIA 11/09/2008

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA

JOSE FERREIRA

JOSEFA DA CONCEIÇÃO FERREIRA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

ITAPEIRINHO-PB 17/10/1963

CASA Nº 1420 FLS. 116 LIV. 21

CARTÓRIO ITAPETIM-PB

601-046-274-69

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA POLÍCIA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

INSTITUTO FEDERAL DE POLÍCIA

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA

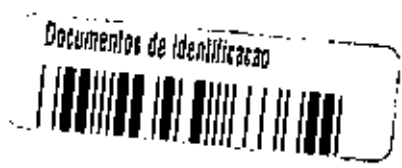
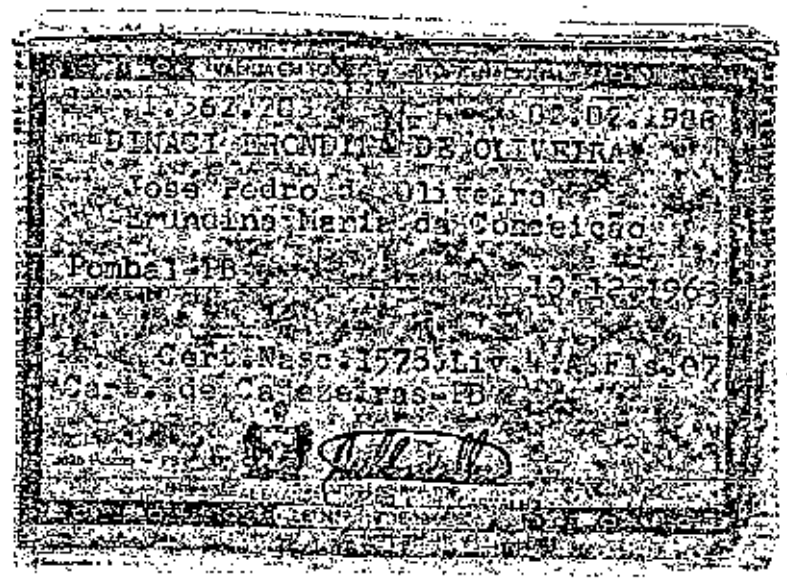
17/10/1963

ITAPEIRINHO-PB

601-046-274-69

Documentos de identificação





SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 DEPARTAMENTO DE PESSOAS FISICAIS

60813560-15

Nome (com sobrenome):
DINAST PRORDINA DE OLIVEIRA

DATA DE NASCIMENTO:
10.12.61

Assinatura:
Dina Prordina de Oliveira

Esta certidão tem validade somente com a apresentação do documento de identidade.

VALORES EM R\$ (RÉGIMEN DE DIÁRIO)

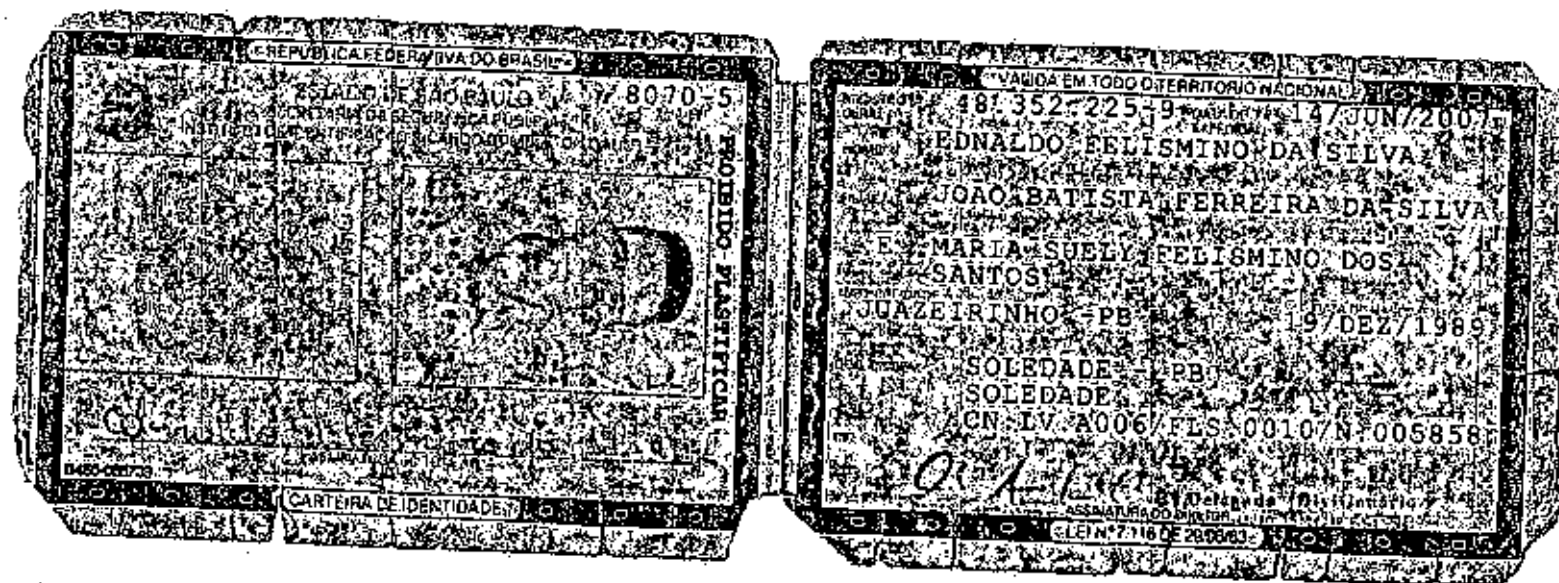
81/2053-9

6/01/88

RECEITA 8/A

2 1981

Assinatura:
[Signature]



Documentos de Identificacao

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 403.141.218-64

Nome: EDNALDO FELISMINO DA SILVA

Data de Nascimento: 19/12/1989

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 01/02/2008

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 14:21:18 do dia 15/01/2019 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: DA3D.1F8C.E902.367A



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.545, de 13/02/2015.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUSMÃO DA SILVA

PROIBIDO PLASTIFICAR

FOR EMB DIGITIO

Lucas Belimino da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

727-001339

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 38.146.585-8 DATA DE EXPEDICÃO 26/MAR/2014

NOME LUCAS FELISMINO DA SILVA

FILIAÇÃO JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA
E MARIA SUELY FELISMINO DOS SANTOS

NATURALIDADE SOLEDADE -PB DATA DE NASCIMENTO 25/AGO/1995

DOSSIER: SOLEDADE-PB
SOLEDADE
CN: LV.A07 /FLS.202 /N.007160
OFF 439673018/77

176 Delegação Divisório
ROBERTO ASSINATURA DO DIRETOR DE REGISTRO

LE Nº 7.116 DE 29/08/83

Documentos de identificação



2714-2200

CARTÃO DE IDENTIDADE

2-0008

MOISADO PLASTICA

Quis Eduardo & da Silva

INSTRUMENTO DE IDENTIFICACAO



INSTRUMENTO DE IDENTIFICACAO

1 MARIA GULY HELENA DOS
SANTOS

SOLEDADE - PB

SOLEDADE - PB

CM: LV. AC7 / FLS. 48 / N. 006800
PIS 16472170

176 000000 000000

10/07/71 10/07/71

Documentos de identificacao



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030857/20

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

CPF: 601.046.274-68

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/09/2018

Titular do CPF: JOAO BATISTA FERREIRA
DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA : 413.839.048-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUCAS FELISMINO DA SILVA : 439.673.018-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

EDNALDO FELISMINO DA SILVA : 403.141.218-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA : 691.333.364-15

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

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

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA
CPF: 691.333.364-15

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 14/09/18 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: 601.046.274-68

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☒ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): DINACI EROUDINA DE OLIVEIRA
Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal
CPF do portador: 681.333.364-15
E-mail: beckenbauer@gmail.com Tel.: (81) 9684.9290
Data: 03/01/2020 Assinatura: Dinacy Eroudina de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): Fabrizio Pires da Silva
Atendente: Atendente Comercial Matr.: 8.478.608-6 Matrícula:
Data: 10/01/2020 Assinatura: [Assinatura]



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE:	JOÃO BATISTA F SILVA
DATA DO EXAME:	19/09/2018
HORÁRIO:	09:58h

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANÁLISE:

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

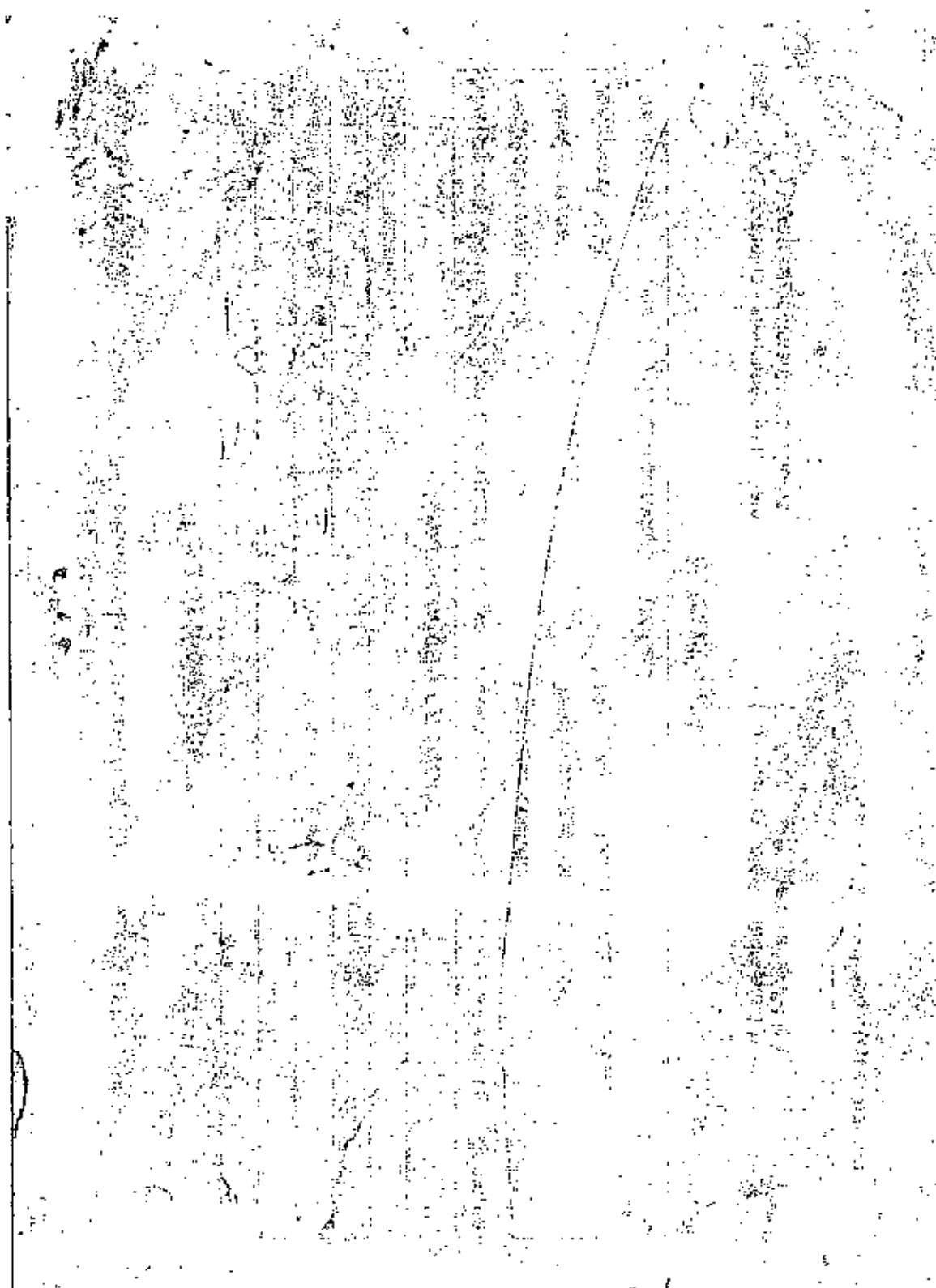
Ausência de lesões ecográficas relacionadas ao trauma no fígado, baço, pâncreas, rins e bexiga identificáveis ao método.

Achado adicional de esteatose hepática acentuada.

Observação: Ressaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras ocas, assim como de hemorrioperitônio, não havendo critérios ecográficos seguros para indicação de alta hospitalar baseando-se apenas no resultado negativo da ultrassonografia.

Observação: Salientamos ainda que o método considerado padrão-ouro para avaliação de pacientes vítimas de trauma abdominal fechado, estáveis hemodinamicamente, é a tomografia computadorizada de abdômen com contraste, ficando a necessidade de sua solicitação a cargo do médico assistente.

Dr. Diogo Araújo de Freitas CRM 71950
Médico Radiologista



Ficha de Acolhimento

Nome: André Batista Ferreira da Silva *Solteiro*
End: Av. Helio dos Santos Bairro: São José
Data de Nascimento: 14/10/63 Documento de Identificação: _____
Queixa: Calor e urticária Data do Atend.: 19/9/18 Hora: 9:30 Documento: _____
Acidente de trabalho? ☐ Sim ☐ Não

Classificação de Risco

Nível de consciência: ☒ Bom ☐ Regular ☐ Baixo Aspecto: ☒ Calmo ☐ Fáceis de dor ☐ Gemente
Frequência respiratória: _____ Frequência cardíaca: _____
Pressão arterial: _____ Temperatura axilar: _____
Dosagem de HGT: _____ Mucosas: ☐ Normocorada ☐ Pálida
Deambulação: ☐ Livre ☐ Cadeira de rodas ☐ Maca

Estratificação

MOD. 110

Carregado
☒ Vermelho - atendimento imediato
☐ Verde - atendimento até 4 horas

☐ Amarelo - atendimento até 1 hora
☐ Azul - atendimento ambulatorial

Carregado
Assinatura e carimbo do profissional
ENFERMEIRA
COREN 80849

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1736600

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.258/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 19/09/2018

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Ana Tayres Gomes Moreira

PACIENTE: JOAO BATISTA FERREIRA CEP: 58155000

Nascimento: 17/10/1963

DA SILVA

Endereço: MELANIO DOS SANTOS

Sexo: M

Telefone:

Cidade: Soledade

Idade: 054

Bairro: SAO JOSE

Nome da Mãe: JOSEFA DA CONCEICAO FERREIRA

RG: 959122

Nº: 0

CPF: 60104627468

Profissão: APOSENTADO

Responsável:

Data de

CNS: 708908728527013

Atend: 19/09/2018

Estado Civil: Casado(a)

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 09:34:03

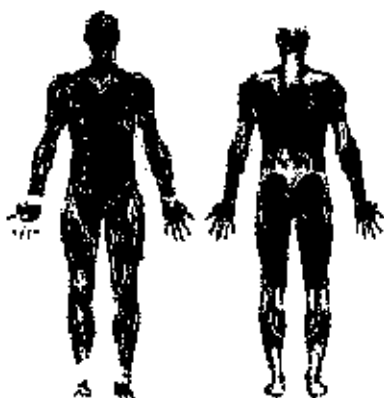
Especialidade:

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dcr
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortice
15. F. Cortante
16. F. Corta-contuse
17. F. Perfuro-contuse
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendão
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorrágia
30. Paralisia
31. Parêntese
32. Parestesia
33. Queda
34. Risco
35. Sinal de Isquemia
- 36.

RAIO X
REALIZADO EM:
19/09/18

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

Politrauma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Vítima de acidente moto-carro, sem suporte físico por SAMU para o atendimento. Ferimentos e fraturas, fraturas de membros.

Hemorragia externa e interna
RST normal

ALERGIA: N/A

MEDICAMENTOS: Control, Milonina

PATOLOGIAS: DM, Epilepsia

EXAME FÍSICO

PUPILAS (X) Fotorreagentes () Isocóricas (X) Anisocóricas ()

Glasgow 14

PA

HGT:

SatO2 94

A: ilhas ósseas presentes, sem sinais de necrose

B: anisocóricas, FR

C: pulso palpável em membros inferiores. R: 78 bpm

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

(X) Tomografia Computadorizada

D Ultrassonografia: FAST

(X) Radiografias: Cervical, Torax, Membros superiores e inferiores

()

ULTRASSONOGRAFIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Realizada em:

Especialista: NIO

às

Especialista: Oat

às

Dia

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

TOMOGRAFIA

REALIZADA EM:

19/09/18

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Dr. Eduardo de Souza
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PB 6388

Dr. Alfredo Daniel
NECROLOGIA
CRM - PB 112008-001454-52

Atividade Cirúrgica
No bloco Cirúrgico
10:40

Atividade Cirúrgica
No bloco Cirúrgico
10:40

Atividade Cirúrgica
No bloco Cirúrgico
10:40

Atividade Cirúrgica
No bloco Cirúrgico
10:40

DESTINO DO PACIENTE _____ às _____ hs.

- ☐ Centro cirúrgico _____ ☐ Alta hospitalar / ☐ A revelia
☐ Internação (setor) _____ ☐ Decisão Médica
☐ Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____ ☐ Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- p. Conduta NCC no momento

Atividade Cirúrgica

cd. - L. Brando com fratura de

TCC: - p. Alvim Aguiar

Sg. - 14, 11/11/18, p. Alvim

TCC: - p. Alvim Aguiar

TCC: - p. Alvim Aguiar

TCC: - p. Alvim Aguiar

TCC: - p. Alvim Aguiar



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAME

NOME:	JOS BETH															PRONTUÁRIO:
IDADE:	SEXO		COR:			PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:		
	M	F	B	P	A											

DADOS CLÍNICOS:

RSC - 97.

RAIO X
REALIZADO EM:
19/09/18

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Rx: Braço A7.

URGÊNCIA:	☐	ROTINA:	☐
DATA:	19/09/18	HORA DA SOLICITAÇÃO:	

Dr. Yandy P. S. S.
Cirurgião Geral
CRM-PA 10.177





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES.

REQUISIÇÃO DE EXAM

NOME:	João Batista F. Silva	PRONTUÁRIO	595				
IDADE:	SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEIT.
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐					

DADOS CLÍNICOS:

Poliúria

RAIO X
REALIZADO EM:
19/09/16

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raios-X de Tórax em AP

Raios-X de pelvis em AP

Raios-X de Coluna Lombar em AP

Dr. Jarbas Fonseca
Cirurgião Geral
CRM-PB 10302 / CRM-PE 27457

URGÊNCIA: ☒

ROTINA: ☐

DATA: 13/03/17

HORA DA SOLICITAÇÃO:



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL

GUIA DE RECOLHIMENTO DE CADÁVER N°

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ENDEREÇO: AV. FLORIANO PEIXOTO, 1045 - SÃO JOSÉ - CEP 58110-001 - C. GRANDE - PB.

NOME: JOÃO CARLOS DA SILVA

FILIAÇÃO: _____ MÃE: JOÃO CARLOS DA SILVA

PAI: _____

SEXO: M COR: _____ IDADE: 54

PROFISSÃO: PROFESSOR ENDEREÇO: AV. FLORIANO PEIXOTO, 1045 - SÃO JOSÉ - CEP 58110-001 - C. GRANDE - PB.

LOCAL DE ÓBITO: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DATA E HORA DO ÓBITO: 20/09/2018 14:05

BREVE HISTÓRICO DO C.O.: Doença cardíaca, com infarto agudo do miocárdio, com insuficiência cardíaca congestiva, com edema pulmonar, com hipotensão arterial, com choque cardiogênico, com morte clínica.

SOCORRO MÉDICO (data / hora / onde foi medicado / qual medicação usada / retirada do corpo estranho (especificar sítio de retirada) / qual intervenção? Retirada órgãos ou segmentos, quais?

OUTRAS INFORMAÇÕES JULGADAS NECESSÁRIAS: _____

DR. AMAURILIO SILVA
MÉDICO CRIMINALISTA

20 SET. 2018

Campina Grande - PB.

Assinatura e carimbo do Médico Assistente

(PREENCHER EM LETRA DE FORMA OU À MÁQUINA)



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADAVER

- ☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIAADO
☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIAADO
☐ SVO / UNIDADE DE SAÚDE

ARMA UTILIZADA

- ☐ ARMA DE FOGO
☐ ARMA BRANCA
☐ OUTROS OBJETOS:

DATA

HORA

LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA
(via pública, residência, etc.)

LOGRADOURO (rua, avenida, rodovia, etc.)

NÚMERO

COMPLEMENTO (APTO, SALA, ANDAR, ETC.)

BAIRRO

LOCALIDADE / COMUNIDADE

MUNICÍPIO / UF

PONTO DE REFERÊNCIA

LATITUDE

LONGITUDE

DADOS DA VÍTIMA

NOME

APELIDO

MÃE

SEXO ☐ MASCULINO ☐ FEMININO
☐ IGNORADO

DATA NASCIMENTO

IDADE APARENTE

IDENTIDADE

CPF

COR DA PELE / ETNIA

☐ PRETA ☐ PARDA ☐ BRANCA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

MATRÍCULA Nº

ÓRGÃO

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

ASSINATURA

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME)

MATRÍCULA Nº

ASSINATURA

CORPO ENCAMINHADO PARA

☐ GEMOL

☒ NUMOL



**ESTADO DA PARAÍBA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA**

Nº: 20180327

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CADAVER

John B. ... 10-18-18

10-18-18 11.00 13.20

....

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

10

x

10

10

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente São Batista F da Silva Alojamento 3 Leito 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
			# BHF 10:52
			Paciente foi resuscitado pela BHF e não apresenta movimento ativo. Devido a isso, paciente permanece de alta da BHF.
			A/3384
			03:30h
			Paciente trazida da ala de UTI para PCR;
			Realizado RCP, 05 ciclos, amparado a adrenalina, acorda 3 minutos; sem pulso
			Óbito constatado às 04:05h
			Dra. Cláudia F. R. Vieira
			CRM PB 5131

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		LEITE		CONVÊNIO		IDADE		REGISTRO	
João Batista Ferreira da Silva		Sala 04		SUS		59		1336600	
CIRURGIA		CIRURGIÃO + Dr. Rafael + Dr. Eduardo + Dr. Yury + Dr. Gule							
ANESTESIA		ANESTESIA + Dr. Monassa							
INSTRUMENTADORA		DATA		INÍCIO		FIM			
Normo		19-09-18		11:00		13:20			
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Cotostoma	Qtd.	FIOS	CÓDIGO				
	Adrenalina amp.	Catel. p/ Oxi.		Calgut cromado Serlix					
	Atropina amp.	Catel. De Urinar Sist. Fech.		Calgut cromado Serlix					
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Calgut cromado Serlix					
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Calgut Simples					
	Dolanina amp.	Cotonóide		Calgut Simples Serlix					
01	Efrane ml - aboune	Dreno		Calgut Simples Serlix					
	Fenegan amp.	Dreno Kerr nº		Calgut Simples Serlix					
01	Fentanil ml	Dreno Penrose nº		Cera p/ osso					
01	Inovar ml - bndofel	Dreno Pezzer nº		Ethibond					
	Ketalar ml	Equipo de Macroglas		Ethibond					
	Mercaina % ml	Equipo de Macroglas		Ethibond					
	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodrão Serlix					
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodrão Serlix					
	Protigmine amp.	Espadrado Largo cm		Fio de Algodrão Sutapak					
	Protoxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodrão Sutapak					
	Queficin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca					
	Rapifen amp.	H ₂ O, ml	031	Mononylon 7-0-4-2-0-					
	Thionembatal ml	Intracath Adulto	01	Mononylon 5-0-					
	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Serlix					
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Serlix					
02	Agua Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Serlix					
01	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Serlix					
02	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Serlix					
	Flaxidol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Serlix					
	Flebocortid amp.	Luvas 8.0		Vicryl Serlix					
	Geramicina amp.	Luvas 8.5							
	Glicose amp.	Oxigenio l/m							
	Glucon de Cálcio amp.	Poliflix							
	Haemacef ml.	PVPi Degernante ml		SOROS					
	Hepareina ml.	PVPi Tópico ml.	Qtd.	SG Normotermico fr 500 ml					
	Kanakion amp.	Sabao Antiséptico		SG Gelado fr 500 ml					
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Hipertermico fr 500 ml					
	Medrolinazol.	Seringa desc. 10 ml		SG Ringr fr 500 ml					
	Plasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG fr 500 ml					
01	Prolemine - Golechone	Seringa desc. 05 ml							
	Revivan amp.	Sonda							
	Stuptanon amp.	Sonda folley 18	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE					
	Cetalarina tg	Sonda Nasogatica		Material Bb					
01	Sufosoxima	Sonda Uretral nº 14		Implants					
01	Sedexonotomus	Sterydrem ml							
		Torneirinha							
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml							
	Aguilha desc. 25 x 7	Geloon 18-14		EQUIPAMENTOS					
	Aguilha desc. 28 x 28	Laleso		(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar				
	Aguilha desc. 3 x 4,5	Eletrados		() Serra	() Eletrocautêrio				
	Aguilha p/ raque nº			() Desfibrilador	(X) Oxícapnógrafo				
	Álcool de Enfermagem			(X) Foco Frontal	() Cardiomonitor				
	Álcool Iodado ml			() Fonte de Luz	() Perfurador Elétrico				
01	Aladuras de Crepon 05 m								
	Aladuras de Gessada								
	Azul metileno amp.								
	Benzina ml								



TABELA DE ALDRETE E KROULIK MODIFICADA
(Critérios para altas da SRPA)

Critério para alta de sala de recuperação pós anestésico	Hora entrada	Hora saída
Nenhum Movimento = 0 Movimenta 2 membros = 1 Movimenta 4 membros = 2		
Apnéia = 0 Respiração Limitada, Dispnéia = 1 Respiração profunda e tosse = 2		
PA + ou - 50% do nível pré-anestésico = 0 PA + ou - 20 a 40% do nível pré-anestésico = 1 PA + ou - 20% do nível pré-anestésico = 2		
Sat O ₂ < 90 com oxigênio = 0 Sat O ₂ > 90 com oxigênio = 1 Sat O ₂ > 92% sem oxigênio = 2		
Não responde ao chamado = 0 Despertado ao chamado = 1 Completamente acordado = 2		
TOTAL DE PONTOS:		

ANTA
RPA

CPA
6536

Assinatura do anestesista

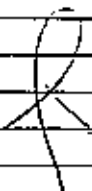
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Sharon 1.11.42 F. 51 anos</u>	Idade: <u>59 anos</u>
Convênio: <u>Puent: 1736600</u>	Data: <u>19/09/18</u>
Procedimento: <u>Exatção porcutânea de bexiga</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Eduardo</u>	Auxiliar: <u>Dr. Yury</u>
	<u>Dr. Tullio</u>
Anestesista: <u>Dr. 3 meios</u>	
Início: <u>11:00</u>	Término: <u>13:20</u>
	Anestesia <u>geral</u>

[illegible][illegible]

Observações:

Desprezado 1000 ml de diurese às 15:50



Assinatura Anestesista

Circulante

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECCG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: João Batista F. da Silva			IDADE: 59a	SEXO: M	COR:
DATA: 19.09.18	PRESSÃO ARTERIAL: 134x82 mmHg	PULSO: 66 bpm	RESPIRAÇÃO: 24 rpm	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMÁCIAS:	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
URINA:							
AP. RESPIRATÓRIO: unipneico					ASMA:	BRONQUITE:	
AP. CIRCULATÓRIO: normotensão; hemodinamicamente estável.					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP. DIGESTIVO: intestino delgado			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:		
ESTADO MENTAL: consciente; orientado.			ATÁRAXICOS:	CORTICÓIDES:	ALERGIA: não	HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de bacia					ESTADO FÍSICO: ASA II/III	RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA:	AS:	EFEITO:	
11:20h							
AGENTES ANESTÉSICOS:					INDUÇÃO Satisf.: ☒ Excit.: - Toss.: - Laringo espasmo: - Lenta: - Náuseas: - Vômitos: - Outros:		
LÍQUIDOS:					MANUTENÇÃO 1) Propofol 1g 2) Rocuronio 10mg 3) Rocuronio 2g 4) O2 2L/min.		
CÓDIGOS:					ANESTESIA SATISF.: Sim ☒ Não ☐ Não, por quê?		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:	ECG = RS SpO2 = 100% ETW2 = 37 2-3-2				DESPERTAR Reflexos na SO: Obst.: Co.: Excit.: Náuseas: Vômitos: Outros: Com cânula: Para o Leito Sim Não ☒ CONDIÇÕES:		
POSICÃO:	Pe. DDH; HCR; 70% F.O2 100%.						
AGENTES:	Fentanyl 200 mcg + Vecuron 100mcg + Propofol 200mg + Vecuron						
TÉCNICA:	Am. oral e IOT; pe sob VH/CMF, F.O2 50%				CÂNULAS: 10L m. 8.0 cm PPV		
OPERAÇÃO:	Fixação percutânea de bacia						
CIRURGIÕES:	Dr. Eduardo Braga + HRC Unicy + HRC Unicy						
ANESTESISTAS:	Dra. Jannara Silveira Gomes Durães						
OBSERVAÇÕES:							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
JOAS BANISTO Ferreira da Silva			
Data da Operação	19/09/18	Enf.	Leito
Operador	Dr. Rafael	1º Auxiliar	Dr. Flávio
2º Auxiliar	Dr. Reginaldo	3º Auxiliar	Dr. Rafael
Anestesia	Dr. Vanessa	Tipo de Anestesia	geral IOT
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fervimento milonês de face e FT de OPN			
Tipo de Operação			
Faturar os ferimentos + Red. FT OPN + TNA			
Diagnóstico Pós-Operatório			
0 Merco			
Relatório Imediato da Patologia			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1- Pac. em DNH + IOT
- 2- Limpeza da ferimento e sutura
- 3- Redução do fr de OPN + TNA
- 4- A TC F tem outros fatores de fratura
- 5- Curativos e Rx de controle.

Dr. Rafael Grillo Gremes
Cirurgia e Traumatologia
Boto Maxilo-Facial
CRGPB - 2004



2- mirror : 5- 20 cm
 1- 10 cm 4- 10 cm
 3- 10 cm 6- 10 cm
 7- 10 cm 8- 10 cm
 9- 10 cm 10- 10 cm

on 10/10/18

10/10/18 10/10/18
 10/10/18 10/10/18

10/10/18 10/10/18
 10/10/18 10/10/18

10/10/18 10/10/18
 10/10/18 10/10/18



GOVERNO
DA PARÁ

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK!!

Desprezo de sítio
1
fúria

Paciente João Batista F da Silva Alojamento 3 Leito 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/04/10	1) Dieta 2020, livre após recuperação auditiva	18/06	Rto com de termo, querendo desgras de sítio fúria.
	2) SFO 3000ml a cada 12h	18/06	
	3) D. pirona 1g + 100ml de 12h	18/06	
	4) Filadelfia 100g + 100ml de 12h	18/06	
	5) Transf. 100g + 100ml de 12h	18/06	
	6) Nurodom 100g + 100ml de 12h	18/06	
	7) Clorazepato 10mg + 100ml de 12h	18/06	
	8) Sulfato de 100g	18/06	
	9) Sulfato de 100g	18/06	
	10) Sulfato de 100g	18/06	
	11) Sulfato de 100g	18/06	
	12) Sulfato de 100g	18/06	
	13) Sulfato de 100g	18/06	
	14) Sulfato de 100g	18/06	
	15) Sulfato de 100g	18/06	
	16) Sulfato de 100g	18/06	
	17) Sulfato de 100g	18/06	
	18) Sulfato de 100g	18/06	
	19) Sulfato de 100g	18/06	
	20) Sulfato de 100g	18/06	
	21) Sulfato de 100g	18/06	
	22) Sulfato de 100g	18/06	
	23) Sulfato de 100g	18/06	
	24) Sulfato de 100g	18/06	
	25) Sulfato de 100g	18/06	
	26) Sulfato de 100g	18/06	
	27) Sulfato de 100g	18/06	
	28) Sulfato de 100g	18/06	
	29) Sulfato de 100g	18/06	
	30) Sulfato de 100g	18/06	
	31) Sulfato de 100g	18/06	
	32) Sulfato de 100g	18/06	
	33) Sulfato de 100g	18/06	
	34) Sulfato de 100g	18/06	
	35) Sulfato de 100g	18/06	
	36) Sulfato de 100g	18/06	
	37) Sulfato de 100g	18/06	
	38) Sulfato de 100g	18/06	
	39) Sulfato de 100g	18/06	
	40) Sulfato de 100g	18/06	
	41) Sulfato de 100g	18/06	
	42) Sulfato de 100g	18/06	
	43) Sulfato de 100g	18/06	
	44) Sulfato de 100g	18/06	
	45) Sulfato de 100g	18/06	
	46) Sulfato de 100g	18/06	
	47) Sulfato de 100g	18/06	
	48) Sulfato de 100g	18/06	
	49) Sulfato de 100g	18/06	
	50) Sulfato de 100g	18/06	
	51) Sulfato de 100g	18/06	
	52) Sulfato de 100g	18/06	
	53) Sulfato de 100g	18/06	
	54) Sulfato de 100g	18/06	
	55) Sulfato de 100g	18/06	
	56) Sulfato de 100g	18/06	
	57) Sulfato de 100g	18/06	
	58) Sulfato de 100g	18/06	
	59) Sulfato de 100g	18/06	
	60) Sulfato de 100g	18/06	
	61) Sulfato de 100g	18/06	
	62) Sulfato de 100g	18/06	
	63) Sulfato de 100g	18/06	
	64) Sulfato de 100g	18/06	
	65) Sulfato de 100g	18/06	
	66) Sulfato de 100g	18/06	
	67) Sulfato de 100g	18/06	
	68) Sulfato de 100g	18/06	
	69) Sulfato de 100g	18/06	
	70) Sulfato de 100g	18/06	
	71) Sulfato de 100g	18/06	
	72) Sulfato de 100g	18/06	
	73) Sulfato de 100g	18/06	
	74) Sulfato de 100g	18/06	
	75) Sulfato de 100g	18/06	
	76) Sulfato de 100g	18/06	
	77) Sulfato de 100g	18/06	
	78) Sulfato de 100g	18/06	
	79) Sulfato de 100g	18/06	
	80) Sulfato de 100g	18/06	
	81) Sulfato de 100g	18/06	
	82) Sulfato de 100g	18/06	
	83) Sulfato de 100g	18/06	
	84) Sulfato de 100g	18/06	
	85) Sulfato de 100g	18/06	
	86) Sulfato de 100g	18/06	
	87) Sulfato de 100g	18/06	
	88) Sulfato de 100g	18/06	
	89) Sulfato de 100g	18/06	
	90) Sulfato de 100g	18/06	
	91) Sulfato de 100g	18/06	
	92) Sulfato de 100g	18/06	
	93) Sulfato de 100g	18/06	
	94) Sulfato de 100g	18/06	
	95) Sulfato de 100g	18/06	
	96) Sulfato de 100g	18/06	
	97) Sulfato de 100g	18/06	
	98) Sulfato de 100g	18/06	
	99) Sulfato de 100g	18/06	
	100) Sulfato de 100g	18/06	

CEM-PE-1000
1000-1000-1000

Paciente submetido a procedi-
mento de fixação percutânea
de braço, sem complicações
no momento em que...

CD: 100g + 100g
Paracetamol
100g + 100g + 100g +
NCA

Dr. Rafael Grells Grells
Cirurgia e traumatologia
Belo Horizonte - Minas Gerais
CRM-PB 3384

Dr. Vitor Dantas
CRM-PB 3384

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	Ass
19/08	20:00	36,0	80	20	120			
19/08	21:15	36,0	80	20	120			
19/08	22:30	36,0	80	20	120			
19/08	23:45	36,0	80	20	120			
19/08	00:00	36,0	80	20	120			
19/08	01:15	36,0	80	20	120			
19/08	02:30	36,0	80	20	120			
19/08	03:45	36,0	80	20	120			
19/08	05:00	36,0	80	20	120			
19/08	06:15	36,0	80	20	120			
19/08	07:30	36,0	80	20	120			
19/08	08:45	36,0	80	20	120			
19/08	10:00	36,0	80	20	120			
19/08	11:15	36,0	80	20	120			
19/08	12:30	36,0	80	20	120			
19/08	13:45	36,0	80	20	120			
19/08	15:00	36,0	80	20	120			
19/08	16:15	36,0	80	20	120			
19/08	17:30	36,0	80	20	120			
19/08	18:45	36,0	80	20	120			
19/08	20:00	36,0	80	20	120			
19/08	21:15	36,0	80	20	120			
19/08	22:30	36,0	80	20	120			
19/08	23:45	36,0	80	20	120			
19/08	00:00	36,0	80	20	120			
19/08	01:15	36,0	80	20	120			
19/08	02:30	36,0	80	20	120			
19/08	03:45	36,0	80	20	120			
19/08	05:00	36,0	80	20	120			
19/08	06:15	36,0	80	20	120			
19/08	07:30	36,0	80	20	120			
19/08	08:45	36,0	80	20	120			
19/08	10:00	36,0	80	20	120			
19/08	11:15	36,0	80	20	120			
19/08	12:30	36,0	80	20	120			
19/08	13:45	36,0	80	20	120			
19/08	15:00	36,0	80	20	120			
19/08	16:15	36,0	80	20	120			
19/08	17:30	36,0	80	20	120			
19/08	18:45	36,0	80	20	120			
19/08	20:00	36,0	80	20	120			
19/08	21:15	36,0	80	20	120			
19/08	22:30	36,0	80	20	120			
19/08	23:45	36,0	80	20	120			
19/08	00:00	36,0	80	20	120			
19/08	01:15	36,0	80	20	120			
19/08	02:30	36,0	80	20	120			
19/08	03:45	36,0	80	20	120			
19/08	05:00	36,0	80	20	120			
19/08	06:15	36,0	80	20	120			
19/08	07:30	36,0	80	20	120			
19/08	08:45	36,0	80	20	120			
19/08	10:00	36,0	80	20	120			
19/08	11:15	36,0	80	20	120			
19/08	12:30	36,0	80	20	120			
19/08	13:45	36,0	80	20	120			
19/08	15:00	36,0	80	20	120			
19/08	16:15	36,0	80	20	120			
19/08	1							



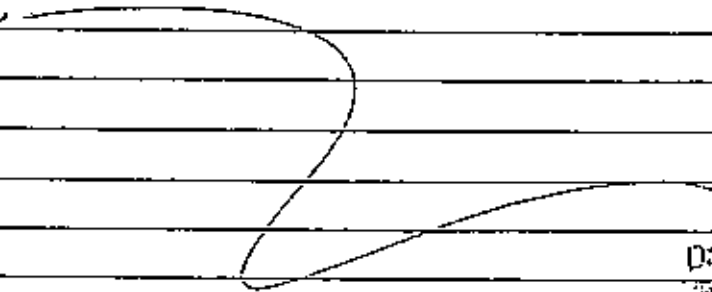
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

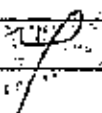
Nome do Paciente João Batista Ferreira		Nº Prontuário	
Data da Operação 19/09/13	Enf.	Leito	
Operador Dr. Eduardo Braga		1º Auxiliar Dr. Vitor (M2)	
2º Auxiliar Dr. Ertan (M2)	3º Auxiliar —	Instrumentador Norma	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório		Open Book	
Tipo de Operação Artroscopia e fixação			
Diagnóstico Pós-Operatório		O menisco	
Relatório Imediato da Patologia		φ	
Exame Radiológico no Ato		m	
Acidente Durante a Operação		m	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Paciente em D.D.H. sob Anestesia.
- 2) Assepsia + Antissepsia + Campos Estéreis.
- 3) Abordagem Iliocólica.
- 4) Fixação percutânea e fixar outro Bóia.
- 5) Costura



Dr. 

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA

CPF da Vítima

601.046.274-68

Data do Acidente

20/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

DINACI ERODINA DE OLIVEIRA

CPF do Representante legal

691.333.364-15

Email

beckenbaner@bol.com.br

Telefone (DDD)

(83) 96849290

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Sócio de 28 de 02 de 2019

Local e Data

Dinaci Erodina de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA DA CIDADE DE
SÃO PAULO

SECRETARIA DE MOBILIDADE E TRANSPORTES

DEPARTAMENTO DE OPERAÇÃO DO SISTEMA VIÁRIO - DSV

NOTIFICAÇÃO DE PENALIDADE DE MULTA A INFRAÇÃO DE TRÂNSITO

REF: 0033302



DATA DE POSTAGEM : 18/02/19



CTCE VILA MARIA SPM PL11 CTCE VILA MARIA SPM 8 - AMARRADOS

EDMUNDO GOMES BATISTA

R. CATUMBI 250

VL SONIA

08570-340 ITAQUAQUECETUBA-SP



7210125850003170000003330210180219

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDINALDO ALVES ARAUJO

RG nº 1.504.393-2 data de expedição 05/11/2010

Órgão _____, portador do CPF nº 058.736.844-64, com domicílio na cidade de SOLEDADE, no Estado de

PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Maria Elizângela Gomes Feitosa, nº 07,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA, cujo o condutor era

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA / CG 150 FAN ESI / 2010

Ano: 2009

Placa: MNZ 3411

Chassi: 9C2 KC 1550 A R 041060

Data do Acidente: 19/09/2018

Local e Data: SOLEDADE - PB - 28/02/2019

EDINALDO ALVES ARAUJO

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor- (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro.)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013929704470
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 0019156249-1 00/00000000 2018

NOME
 EDINALDO ALVES ARAUJO

OPF / CNPJ 05873684464 PLACA MNZ3411/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1550AR044060

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO-APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CAP. POT / CL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º

FAIXA IRVA. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREÇO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 06/03/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL SOLEDADE-PB DATA 07/03/2018

36617 20109

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929704470 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 07/03/2018

VIA 1 OPF / CNPJ 05873684464 PLACA MNZ3411/PB

RENAVAM 00191562491 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2010

CHASSI 9C2KC1550AR044060

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ***** DENATRAN (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IOF (R\$) *****

SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 06/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

20109-0821391-20180307

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

P-234



EDINALDO ALVES ARAUJO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO

GERAL

1.504.399 - 2 VIA

DATA DE

EXPECÇÃO 05/11/2010

NOME EDINALDO ALVES ARAUJO

FILIAÇÃO MIGUEL ALVES FIGUEIRA

MARIA DO CARMO ARAUJO

NATURALIDADE

PUXINANÁ-PB

DATA DE NASCIMENTO

03/03/1971

DOC. ORDEM NASC. N. 529 FLS. 63 LIV. A-2

CARTÓRIO OLIVEDOS-PB

058.736.844-64

Ass. Polícia - PB

Ass. do Socorro V. Cava-canta

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29-08-83

EDINALDO ALVES ARAUJO
RUA MARIA ELIZABETH GOMES FERREIRA, 51 / GOV. GOMES - CENTRO
SOLEDADE / PB CEP: 58100-000 (A/C: 58)



Empresa: 18/02/2019 Referência: Fev/2019
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 3x220V, 15m2 - Centro Rural - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
Roteiro: 11-88-440-1020 Nº de Jdtr: 00001282889 CNPJ: 08.026.183/0001-40 Ins. Est: 18.015.823-9

Nota Fiscal / Conta de Energia: 28410000357124
Cód. para Deb. Automático: 00012854840

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Fev / 2019 18/02/2019 19/03/2019 058.730.844-64
Ins. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/1285484-0

Canal de contato

Apresentar a nota dos postes e fios durante o dia ou no período de 15 dias após a data de emissão da conta. O cliente deve informar a prefeitura da sua cidade, o órgão da administração pública e a responsabilidade do município e de toda a cidade.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/02/19	Data 18/02/19	1	53	31
Leitura 8878	Leitura 9729			
Demonstrativo				
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. ARQ. (R\$) Base Calc. Per (R\$) Cálculo (R\$)
0501	Consumo em kWh	53,000	0,823310	43,63 43,63 25 10,80 43,63 0,43 1,89
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			7,88 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0804	JUROS DE MORA 12/2018			0,34 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0606	MULTA 12/2018			0,54 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	52,27	43,83	10,90	42,83	0,43	1,89
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
46	25/02/2019	R\$ 52,27					
Histórico de Consumo (kWh)							

30	31	48	49	47	44	42	30	33	35	44	48
Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19

RESERVADO AO FISCO

3fa8.fbfdf.b3a9.cce2.3d34.fc06.38ae.f87f.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Descrição	Valor (R\$)	%
OTIMIZADA	0,00	NOMINAL 220		Serviços de Dist. da Energisa/PB	10,76	20,58
OTIMIZADA	0,00			Comp. de Energia	15,34	29,35
OTIMIZADA	0,00			Serviço de Transmissão	1,87	3,59
OTIMIZADA	0,00			Encargos Saneamento	2,54	4,86
OTIMIZADA	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 207 LIMITE SUPERIOR 231		Encargos Duráveis e Encargos	21,88	42,01
OTIMIZADA	0,00			Outros Serviços	0,00	0,00
OTIMIZADA	0,00			Total	52,27	100,00

ATENÇÃO

REVISÃO DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) emitida(s) relacionada(s) apresente(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 05/03/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para compensação. Caso a leitura e o cálculo do pagamento da(s) fatura(s) acima, de 12/2018, seja incorreto, a fatura será cancelada e a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Faturas em atraso:

Jan/19 45,90

Energisa PARAIBA

Roteiro: 11-88-440-1020 Matrícula: 1285484-2018-02-4

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

25/02/2019

R\$ 52,27

83690000000-8 52270054000-1 12854842018-8 02400088019-5





Seguro

DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

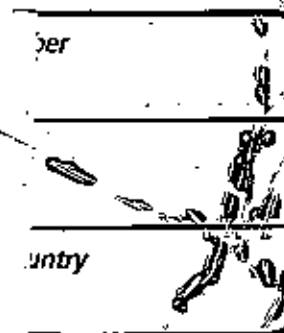


23/11



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT
S.A
RUA DA ASSEMBLÉIA, 100 - 24º ANDAR - CENTRO
RIO DE JANEIRO, RJ
20011-904



ATENDIMENTO





Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO**
**POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



dpvat_oficial



DPVAToficial



DPVAToficial



seguradoralider-dpvat

BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
DINACY ERONDINA DE OLIVEIRA		(81) 99058395	
ENDEREÇO / Address			
RUA AERENO JOSÉ DOS SANTOS Nº 39 APTO S. JOSÉ			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
58155-000	SOLEDADE	PB	BRASIL



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROBAG
www.probag.com.br
Tel: (62) 3254-2900

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALECIDO (Deceased)	
☐ RECUSADO (Refused)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)	
☐ DESCONHECIDO (Unknown)	☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)	
☐ NÃO PROCURADO (Undelivered)	☐ OUTROS (Other)	
☐ AUSENTE (Absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1º ___/___/___ às ___ 2º ___/___/___ às ___ 3º ___/___/___ às ___		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em ___/___/___ (Reinstated to service post)		
Data ___/___/___ Responsável		



(7)

[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

 (/Pages  A 
</Acessibilidade.aspx> (/Pages
</Atalhos-de->[Tratado.aspx](#)
Documentos Despesas
Médicas (/Pages
</Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)Documentos Invalidez
Permanente (/Pages
</Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)Documentos Morte
(/Pages
</Documentacao-Morte.aspx>)Dicas Indispensáveis
(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages](#)[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200036518 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA
COBERTURA Morte
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER
DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 69133336415



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME

DINACY ERODINA DE OLIVEIRA

CPF

SEM INFORMAÇÃO

MATRÍCULA

0700370155 1981 1 00004 007 0001578 44

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

dez de outubro de mil novecentos e sessenta e três

DIA

10

MÊS

10

ANO

1963

HORA DE NASCIMENTO

09:00

NATURALIDADE

Pombal-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Cajazeirinhas-PB

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

SÍTIO CAMARAGIBE DISTRITO DE CAJAZEIRINHAS -
Pombal-PB

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

JOSE PEDRO DE OLIVEIRA, naturalidade: Soledade-PB | ERONDINA MARIA DA CONCEIÇÃO, naturalidade: Pombal-PB.

AVÓS

Paterno(s): PEDRO XAVIER DA ROCHA e GLICERIA MARIA DA CONCEIÇÃO. Materno(s): JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO e MAIA FRANCILINA DA CONCEIÇÃO.

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

vinete de maio de mil novecentos e oitenta e um (20/05/1981).

NÚMERO DA DN/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

— NADA CONSTA —

AVERBAÇÕES/NOTAÇÕES A ACRESCEER

2ª VIA. Registro lavrado em 20/05/1981, no livro A-00004, Nº 1578, folha 7.

Possidônio Ferreira de Queiroga
Maria das Neves Queiroga Rodrigues
Cajazeirinhas-PB

Rua Raimunda Rodrigues Pereira nº14 Centro Cajazeirinhas-PB - CEP
58855000 Fone: (83)3437-1008 E-mail:
cartoriodecajazeirinhas@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe,
Cajazeirinhas-PB, 02 de março de 2021.

Arianny Keylla de França Sousa
Arianny Keylla de França Sousa
Oficial Substituta

Para consulta e autenticação em:
<https://brasil.matriculaonline.org>
CPF: 036.266.464-16
Emolumentos e taxas oficiais

Arianny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub. Oficial

Selo Digital: ALF03672-02LE



AA 000187077

Assessoria dos Níveis e Registros
do Estado da Paraíba

Elen Pereira

De: Pendente <pendente@seguradoralider.com.br>
Enviado em: quarta-feira, 31 de março de 2021 19:54
Para: Elen Pereira
Assunto: ENC: CUMPRIMENTO DE PENDÊNCIA. SINISTRO 3200036518
Anexos: Certidão de nascimento atualizada da beneficiária Dinaci_compressed.pdf; provas da União Estável Dinanci..pdf; Cadastro do SUS como nome da beneficiária e do falecido Dinaci.pdf; CadÚnico familiar. Constando o nome da beneficiária e do falecido. Dinaci.pdf; Carta seguradora Dinaci.pdf; Foto da beneficiária com o falecido2.pdf; Foto da beneficiária com o falecido.pdf; Foto da beneficiária com o falecido3.pdf; Foto da beneficiária com o falecido5.pdf; Foto da beneficiária com o falecido4.pdf; Foto da beneficiária com o falecido6.pdf; Foto da beneficiária com o falecido8.pdf; Foto da beneficiária com o falecido7.pdf; Foto da beneficiária com o falecido9.pdf; provas da União Estável Dinanci..pdf

Prezado (a),
Favor atender ao pedido abaixo.
Atenciosamente,

Alessandra Magalhães

Coordenação de Cadastramento de Sinistros

alessandra.magalhaes@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 20º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

Leia nossa **News** e nosso **Blog**. Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

De: Gouveia & Silva Advogados <beckenbaner@gmail.com>
Enviada em: quarta-feira, 31 de março de 2021 16:11
Para: Pendente <pendente@seguradoralider.com.br>
Assunto: CUMPRIMENTO DE PENDÊNCIA. SINISTRO 3200036518

Boa tarde!

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA, CPF n.º 691.333.364-15, vem por meio do presente, atender a solicitação da carta, em anexo, enviada pela seguradora líder, complementando com os documentos já enviados, apresentando documentos que comprovam a qualidade de beneficiária, por ser dependente do falecido, João Batista Ferreira da Silva, CPF n.º 601.046.274-68.

Ressalta-se que não há outras provas a sua disposição.

Aguarda a resposta em tempo hábil.

Presquibet05/06/2020



CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL

Ministério do Desenvolvimento Social

M. MARJORIDA MARINISIA GRANGEIRO DA SILVA

Você está autenticado na prefeitura de SOLEDADE

BUSCAR FAMÍLIA

CADASTRO FAMÍLIA

PERFIL FAMILIA

IMPRIMIR

> Cadastro Único > Buscar Família

v.07.30

Alterar Família

Dados da Família

Código familiar: 017803510-B2

Data da inclusão da família: 15/07/2016

Data de Atualização: 09/10/2018

Cadastro válido: SIM

Renda per capita: R\$ 70,00

Limite para atualização do cadastro: 09/10/2020

Estado cadastral da família: EXCLUÍDO

Migrado: NÃO

Cadastro atualizado: NÃO

Pendência: NÃO

Ações para esta Família

Histórico da Família

Consultar Ocorrências

Alterar Família

Consultar Endereço Remanescente

Continuar Cadastro Familiar

Transferir Responsável Familiar

Imprimir ou salvar formulários

Excluir

Imprimir Comprovante de Cadastroimento

- 1 IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE
- 2 CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO
- 3 FAMÍLIA
- 4 RESPONSÁVEL PELA FAMÍLIA
- 5 MARCAÇÃO LIVRE PARA O MUNICÍPIO

FS1
SUPLEMENTAR 1

SELECIONE PESSOA DA FAMÍLIA

Selecione a pessoa da família

Nome da Pessoa	CPF	IDC	CPF do Responsável	Estado Cadastral	Cadastro válido
☒ 1 - DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA	21205491777	0001	RESPONSÁVEL FAMILIAR	CADASTRADO	SIM
☐ 2 - JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA	12245679085	0001	CONJUGADO COADJUVANTE (A)	EXCLUÍDO	SIM

Adicionar Pessoa

Consultar Pessoa

Alterar Pessoa

Excluir Pessoa

- 4 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA
- 5 DOCUMENTOS

6.

PESSOA COM
DEFICIÊNCIA

7.

ESCOLARIDADE

8.

TRABALHO E
REMUNERAÇÃO

1 - Identificação e controle

1.01 - Código Familiar

017803510-82

1.02 - UF

PB

1.03 - Município

SOLEDADE

1.04 - Estado

6

1.05 - Setor censitário

1

1.06 - Setor censitário

6

1.07 - Modalidade de Operação

1 - Inclusão 2 - Alteração

1.08 - Forma de Coleta de Dados

☒ 1 - Sem visita domiciliar ☐ 2 - Com visita domiciliar

1.09 - Formulários Preenchidos

☒ 0 - Principal ☐ 1 - Avulso ☐ 2 - Avulso ☐ 3 - Formulário Suplementar ☐ 4 - Formulário Suplementar 2

1.10 - Data da Entrevista

10 / 02 / 2021

Endereço da Família

1.11 - Localidade

SAO JOSE

1.12 - Tipo

RUA

1.13 - Título

1.14 - Nome

HELENO JOSE DOS SANTOS

1.15 - Número

3

1.16 - Complemento do Número

1.17 - Complemento Adicional

18 - CEP

58.150-000

1.19 - Unidade Territorial Local

Código

25141

Descrição

MUNICÍPIO DE SOLEDADE

1.20 - Referência para Localização

Entrevistador

1.21 - Nome

MARGARIDA MARINISIA GRAIPE RIBEIRA SILVA

1.22 - CPF

11.09.120

ASSINATURA

1.23 - Observações



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

DINACY ERODINA DE OLIVEIRA

CPF

SEM INFORMAÇÃO

MATRÍCULA

0700370155 1981 1 00004 007 0001578 44

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

dez de outubro de mil novecentos e sessenta e três

DIA

10

MÊS

10

ANO

1963

HORA DE NASCIMENTO

09:00

NATURALIDADE

Pombal-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Cajazeirinhas-PB

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

SITIO CAMARAGIBE DISTRITO DE CAJAZEIRINHAS -
Pombal-PB

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

JOSÉ PEDRO DE OLIVEIRA, naturalidade: Soledade-PB | ERONDINA MARIA DA CONCEIÇÃO, naturalidade: Pombal-PB.

AVÓS

Paterno(s): PEDRO XAVIEL DA ROCHA e GLICERIA MARIA DA CONCEIÇÃO. Materno(s): JOSÉ ANTONIO DO NASCIMENTO e MAIA FRANCILINA DA CONCEIÇÃO.

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

vinete de maio de mil novecentos e oitenta e um (20/05/1981).

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

--- NADA CONSTA ---

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

2ª VIA. Registro lavrado em 20/05/1981, no livro A-00004, Nº 1578, folha 7.

Possidônio Ferreira de Queiroga
Maria das Neves Queiroga Rodrigues
Cajazeirinhas-PB

Rua: Raimunda Rodrigues Pereira nº14 Centro Cajazeirinhas-PB - CEP
58855000 Fone: (83)3437-1008 E-mail:
cartoriodecajazeirinhas@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Cajazeirinhas-PB, 02 de março de 2021.

Arianny Keylla de França Sousa
Arianny Keylla de França Sousa
Oficiala Substituta

Selo Digital: ALF03672-O2LE

Consulte a autenticidade em:
<https://sistemaoficialdnv.org.br/>
CPF: 036.266.464-16
Emolumentos e taxas: R\$ 53,77
Arianny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub Oficial



AA 000187077

Associação dos Notários e Registradores
do Estado da Paraíba



DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

DETALHAMENTO DA MATRÍCULA		cc (55) Tipo de Serviço Prestado, sendo: SS: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais		fff (0003)	Número do livro	
Matrícula 001830155 1987 1 0003 850 0000533 31		ddddd (1987) Ano de Registro		ggg (0050)	Número da folha	
Padrão aaaaaabccc dddd e ffff ggg hhhhhh ii		e (1) Tipo de livro, sendo: 1: Livro A (Nascimento) 2: Livro B (Casamento) 3: Livro C (Óbito) 4: Livro D (Registro de Interdição) 5: Livro E (Registro de Tutela) 6: Livro F (Registro de Adoção) 7: Livro G (Registro de Arrependimento) 8: Livro H (Registro de Anulação de Matrimônio) 9: Livro I (Registro de Anulação de Sentença) 0: Livro J (Registro de Anulação de Decisão)		hhhhhh (000533)	Número do Termo	
aaaaa (00168-3) Código Nacional da Serventia (identificação única do cartório)				ii (31)	Dígito Verificador	
bb (01) Código do Ativo, sendo: 01 - Ativo Próprio 02 - Ativo Alheio						

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais

Presquibet

①

02/03/2021	JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA	60.1046.274-68	17/10/1983	JOSEFA DA CONCEICAO -
05/06/2020	DINANCI ERONDINA OLIVEIRA	691.393.364-15	10/12/1963	ERONDINA MARIA DA CO.



CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL

Ministério do Desenvolvimento Social

M. MARJORIDA MARINISIA GRANGEIRO DA SILVA

Você está autenticado na prefeitura de SOLEDADE

BUSCAR FAMÍLIA

CADASTRO FAMÍLIA

PERFIL FAMÍLIA

IMPRIMIR

> Cadastro Único > Buscar Família

v.07.30

Alterar Família

Dados da Família

Código familiar: 017803510-B2

Data da inclusão da família: 15/07/2016

Data de Atualização: 09/10/2018

Cadastro válido: SIM

Renda per capita: R\$ 70,00

Limite para atualização do cadastro: 09/10/2020

Estado cadastral da família: EM DESEMPENHO

Migrado: NÃO

Cadastro atualizado: NÃO

Pendência: NÃO

Ações para esta Família

Histórico da Família

Consultar Ocorrências

Alterar Família

Consultar Endereço Remanescente

Continuar Cadastro Familiar

Transferir Responsável Familiar

Imprimir ou salvar formulários

Excluir

Imprimir Comprovante de Cadastramento

1 IDENTIFICAÇÃO
E CONTROLE
2 CARACTERÍSTICAS
DO DOMICÍLIO
3 FAMÍLIA
4 RESPONSÁVEL
PELA FAMÍLIA
5 MARCAÇÃO LIVRE
PARA O MUNICÍPIO

FS1
SUPLEMENTAR 1

SELECIONE PESSOA DA FAMÍLIA

Selecione a pessoa da família

Nome da Pessoa	CPF	IDC	CPF do Responsável	Estado Cadastral	Cadastro válido
☒ 1 - DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA	21205491777	0001	RESPONSÁVEL FAMILIAR	CADASTRADO	SIM
☐ 2 - JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA	12245679085	0001	CONJUGADO COM PESSOA(A)	EXCLUÍDO	SIM

Adicionar Pessoa

Consultar Pessoa

Alterar Pessoa

Excluir Pessoa

4 IDENTIFICAÇÃO
DA PESSOA
5 DOCUMENTOS

6.

PESSOA COM
DEFICIÊNCIA

7.

ESCOLARIDADE

8.

TRABALHO E
REMUNERAÇÃO

1 - Identificação e controle

1.01 - Código Familiar

017803510-82

1.02 - UF

PB

1.03 - Município

SOLEDADE

1.04 - Estado

6

1.05 - Setor censitário

1

1.06 - Setor censitário

0

1.07 - Modalidade de Operação

1 - Inclusão 2 - Alteração

1.08 - Forma de Coleta de Dados

☒ 1 - Sem visita domiciliar ☐ 2 - Com visita domiciliar

1.09 - Formulários Preenchidos

☒ 0 - Principal ☐ 1 - Avulso ☐ 2 - Avulso ☐ 3 - Formulário Suplementar ☐ 4 - Formulário Suplementar 2

1.10 - Data da Entrevista

10 / 02 / 2021

Endereço da Família

1.11 - Localidade

SAO JOSE

1.12 - Tipo

RUA

1.13 - Título

1.14 - Nome

HELENO JOSE DOS SANTOS

1.15 - Número

3

1.16 - Complemento do Número

1.17 - Complemento Adicional

1.18 - CEP

58.150-000

1.19 - Unidade Territorial Local

Código

25141

Descrição

MUNICÍPIO DE SOLEDADE

1.20 - Referência para Localização

Entrevistador

1.21 - Nome

MARGARIDA MARINISIA GRANGE RIBEIRA SILVA

1.22 - CPF

11.09.120

ASSINATURA

1.23 - Observações



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Nascimento

NOME:

DINACY ERODINA DE OLIVEIRA

CPF

SEM INFORMAÇÃO

MATRÍCULA

0700370155 1981 1 00004 007 0001578 44

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

dez de outubro de mil novecentos e sessenta e três

DIA

10

MÊS

10

ANO

1963

HORA DE NASCIMENTO

09:00

NATURALIDADE

Pombal-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Cajazeirinhas-PB

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

SITIO CAMARAGIBE DISTRITO DE CAJAZEIRINHAS -
Pombal-PB

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

JOSÉ PEDRO DE OLIVEIRA, naturalidade: Soledade-PB | ERONDINA MARIA DA CONCEIÇÃO, naturalidade: Pombal-PB.

AVÓS

Paterno(s): PEDRO XAVIEL DA ROCHA e GLICERIA MARIA DA CONCEIÇÃO. Materno(s): JOSÉ ANTONIO DO NASCIMENTO e MAIA FRANCILINA DA CONCEIÇÃO.

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NÃO

NÃO POSSUI

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO)

vinde de maio de mil novecentos e oitenta e um (20/05/1981).

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

--- NADA CONSTA ---

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCEER

2ª VIA. Registro lavrado em 20/05/1981, no livro A-00004, Nº 1578, folha 7.

Possidônio Ferreira de Queiroga
Maria das Neves Queiroga Rodrigues
Cajazeirinhas-PB

Rua: Raimunda Rodrigues Pereira nº14 Centro Cajazeirinhas-PB - CEP
58855000 Fone: (83)3437-1008 E-mail:
cartoriodecajazeirinhas@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Cajazeirinhas-PB, 02 de março de 2021.

Arianny Keylla de França Sousa
Arianny Keylla de França Sousa
Oficiala Substituta

Selo Digital: ALF03672-O2LE

Consulte a autenticidade em:
<https://sistemaoficialdnv.org.br/>
CPF: 036.266.464-16
Emolumentos e taxas R\$ 53,77
Arianny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub Oficial



AA 000187077

Associação dos Notários e Registradores
do Estado da Paraíba



DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

DETAΛHAMENTO DA MATRÍCULA		Matrícula		001830155 1987 1 0003 850 0000533 31	cc (55)	Tipo de Serviço Prestado, sendo: SS: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais		fff (0003)	Número do livro	
Padrão		aaaaabccc dddd e ffff ggg hhhhhh ii		ddddd (1987)	Ano de Registro		ggg (0050)	Número da folha		
DETAΛHAMENTO		e (1)		Tipo de livro, sendo: 1: Livro A (Nascimento) 2: Livro B (Casamento) 3: Livro C (Óbito) 4: Livro D (Registro de Interdição) 5: Livro E (Registro de Tutela) 6: Livro F (Registro de Adoção) 7: Livro G (Registro de Arrependimento) 8: Livro H (Registro de Anulação de Matrimônio) 9: Livro I (Registro de Anulação de Sentença) 0: Livro J (Registro de Anulação de Decisão)				hhhhhh (000533)	Número do Termo	
aaaaa (00168-3)		Código Nacional da Serventia (identificação única do cartório)						ii (31)	Dígito Verificador	
bb (01)		Código do Ativo, sendo: 01 - Ativo Próprio 02 - Ativo Alheio								

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030857/20

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

CPF: 601.046.274-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/09/2018

Titular do CPF: JOAO BATISTA FERREIRA
DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA : 413.839.048-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUCAS FELISMINO DA SILVA : 439.673.018-77

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

EDNALDO FELISMINO DA SILVA : 403.141.218-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA : 691.333.364-15

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



Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA
CPF: 691.333.364-15

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patricia Aleixo Silva

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030857/20

Número do Sinistro: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

CPF: 601.046.274-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA : 691.333.364-15

Certidão de nascimento

Prova de companheirismo

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/04/2021
Nome: DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA
CPF: 691.333.364-15

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2021
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030857/20

Número do Sinistro: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

CPF: 601.046.274-68

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Certidão de casamento

Outros

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA : 691.333.364-15

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/01/2021
Nome: DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA
CPF: 691.333.364-15

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/01/2021
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320003651802
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS FELISMINO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01149

CONTA: 000000025175

Número da Autenticação

6472F1EE35ADAB65

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

10/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320003651803

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03811

CONTA: 000000018297

Número da Autenticação

D19FCCCD38D6D514

BANCO BRADESCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	10/02/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:	320003651801
VALOR TOTAL:	1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDNALDO FELISMINO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01261

CONTA: 000000119544

Número da Autenticação

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDNALDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDNALDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: EDNALDO FELISMINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000001261-0

Conta: 000000119544-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS FELISMINO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: LUCAS FELISMINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001149-5

Conta: 0000025175-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036518

Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: LUIZ EDUARDO FELISMINO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003811

Conta: 0000018297-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200036518 Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

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

Certidão de casamento	Apresentar a cópia simples da sua certidão de casamento atualizada, pois não foi entregue.
Prova de companheirismo	Apresentar prova de reconhecimento da união estável do interessado com a vítima, original ou cópia autenticada, pois não foi entregue. Veja no nosso site as informações e os documentos necessários para esta comprovação.

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, 18 de Março de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200036518 Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

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

Prova de companheirismo	Apresentar prova de reconhecimento da união estável do interessado com a vítima, original ou cópia autenticada, pois o documento entregue não comprova o companheirismo. Veja no nosso site as informações e os documentos necessários para esta comprovação.
-------------------------	---

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, 07 de Abril de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200036518 Vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 19/09/2018 Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

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

Prova de companheirismo	Apresentar prova de reconhecimento da união estável do interessado com a vítima, original ou cópia autenticada, pois o documento entregue não comprova o companheirismo. Veja no nosso site as informações e os documentos necessários para esta comprovação.
-------------------------	---

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





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

601.046.074-68

Nome completo da vítima

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA		CPF titular da conta 691.333.364-15	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA HELENO JOSÉ DOS SANTOS		Número 511	Complemento
Bairro ALTOS SÃO JOSÉ	Cidade SOLEDADE	Estado PB	CEP 58355000
Email beckenbauer@bol.com.br			Telefone (DDD) (83) 96849250

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☒ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

1149

5

25794

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Soledade 28 de 02 de 19

Local e Data

Dinaci Erondina de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal


**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

601.046.074-68

Nome completo da vítima

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA		CPF titular da conta 695.333.364-15	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA HELENO JOSÉ DOS SANTOS		Número 511	Complemento
Bairro ALTOS SÃO JOSÉ	Cidade SOLEDADE	Estado PE	CEP 58355000
Email beckenbauer@bol.com.br			Telefone (DDD) (83) 96849250

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☐ BRADESCO (237)
 ☒ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRQ

D/V

CONTA

NRQ

D/V

1149

5

25794

X

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRQ

AGÊNCIA

NRQ

D/V

CONTA

NRQ

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Soledade 28 de 02 de 19

Local e Data

Dinaci Erondina de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Segurado Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDNALDO FELISMINO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 48.352.225-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 19/06/2007CPF 403141218-54 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

Autorização de pagamento



- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA 1261 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 019544-1

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Ednaldo Felismino da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**Bradesco****Dia & Noite**

Atendimento Bradesco Dia & Noite
 Atendimento 24 horas

Para 14 43
 4191
 10 00

Atendimento

Bradesco 131

Atendimento 24 horas

Bradesco 131-204 1

Atendimento 24 horas

Sujeito a conferência.

O depósito realizado neste aparelho será
 comprovado e validado na primeira fila de
 atendimento de atendimento de atendimento de
 atendimento de atendimento de atendimento de

Atendimento Bradesco
 Atendimento de atendimento de atendimento de
 Atendimento de atendimento de atendimento de
 Atendimento de atendimento de atendimento de

Atendimento Bradesco
 Atendimento de atendimento de atendimento de
 Atendimento de atendimento de atendimento de
 Atendimento de atendimento de atendimento de
 Atendimento de atendimento de atendimento de

Atendimento Bradesco
 Atendimento de atendimento de atendimento de
 Atendimento de atendimento de atendimento de

Atendimento Bradesco
 Atendimento de atendimento de atendimento de

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LUCAS FELISMINO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 38.146.585-8 EXPEDIDO POR SSP / SP EM 26/03/2014

CPF 439673018-77 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AUTÔNOMO

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 7045 BATISTA FERREIRA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:



- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO 001 AGÊNCIA 144-5 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 25.175-5

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Lucas Felismino da Silva

 **ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Ourocard

Fácil



#858 5440 1112 0593

10/21

9AS 811A

29-5 25-175-5

VISA

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, LUIZ EDUARDO FERREIRINO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 49.656.199-6 EXPEDIDO POR SETPB EM 08/01/2014 ROKI ECPF 213839048-04 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO VENDEDOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 985,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

Autorização de pagamento

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
BANCO 104 • AGÊNCIA 3811 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 18297-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA ____/____/____

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3000036538 3 - CPF da vítima: 605046874-68 4 - Nome completo da vítima: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: DINACH ERODINA DE OLIVEIRA 6 - CPF: 691.333.364-15
7 - Profissão: APOSENTADA 8 - Endereço: RUA HELENO JOSE DOS SANTOS 9 - Número: 39 10 - Complemento:
11 - Bairro: ALTO SÃO JOSÉ 12 - Cidade: SOLEDADE 13 - Estado: 16 14 - CEP: 58155000
15 - E-mail: beckenbauer@bol.com.br 16 - Tel. (DDD): (83) 99058395

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 1548 5 CONTA: 25784 X
(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 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: 15/09/2018

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 (vairasos)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a Indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, SOLEDADE, 17 de novembro de 2020.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Dinach Erodina de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.

É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de Informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):

Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitos contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189

SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06

Ouvidoria: 0800 021 91 35



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 10455.01.2018.2.00.401

catos

Boletim de ocorrência



OCORRÊNCIA(S)

Suposto(s) Autor(es):

Tipificação 1: MORTE ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 19/09/2018

Hora: 09:00:00

Forma da Comunicação: Verbal

Endereço: Centro, Soledade, PB.

Ponto de referência: Proximo Ao Restaurante de Cortiça

PARTE(S)

COMUNICANTE

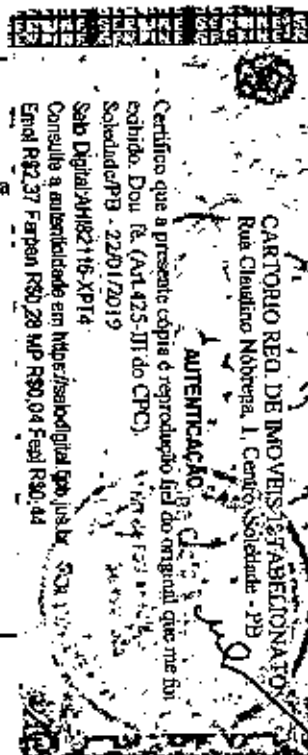
Nome: Josinaldo Ferreira da Silva%
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa da Conceição Ferreira e Jose Ferreira da Silva
Idade: 49 Data de Nascimento: 17/06/1969 Identidade de Gênero: masculino
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Juazeirinho
Estado Civil: casado(a)
Escolaridade: Sem instrução Profissão: Agricultor
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 091.992.004-73
Endereço: Rua Francisco Beriano da Costa, 95, Centro, Soledade, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Proximo Ao Bar de Miano
Telefone: (83) 98777-7757

VITIMA

Nome: João Batista Ferreira da Silva
Conhecido por: Não informado
Filiação: Josefa da Conceição Ferreira e Jose Ferreira
Idade: 54 Data de Nascimento: 17/10/1963 Identidade de Gênero: ma
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Juazeirinho
Estado Civil: união estável
Escolaridade: Ensino fundamental incompleto Profissão: Autonomo
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado
Documentos(s) de Identificação: Não informado
Endereço: Rua Jose Chagas de Brito, 62, Soledade, PB
Complemento: Não informado
Ponto de referência: Proximo Ao Colegio Buriti
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS





PARTE Exame Cadavérico (necropsia) Nº 169.2018
(1) João Batista Ferreira da Silva (VITIMA)

HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE SEU IRMÃO DE NOME JOÃO BATISTA, SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO, NA CIDADE D ESOLEDADE PB, NO DIA 19/09/2018, POR VOLTA DAS 09:00 HS; QUE FOI SOLICITADO PELOS FAMILIARES O SAMU, E CONDUZIU O SR. JOÃO BATISTA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE PB; QUE QUANDO CHEGOU NO HOSPITAL DE TRAUMAS O PACIENTE HAVIA FRATURADO A BACIA, E ONTEM MESMO FOI CIRURGIADO, E APÓS A CIRURGIA, O HOSPITAL ENTROU EM CONTATO COM OS FAMILIARES INFORMADO QUE O MESMO HAVIA TIDO UMA COMPLICAÇÃO E UM ATAQUE EPILÉTICO E ENCONTRAVA-SE NO MOMENTO NA UTI EM ESTADO GRAVE, E QUE HOJE PELA MANHÃ POR VOLTA DAS 10:00 HS, OS FAMILIARES RECEBERAM UMA LIGAÇÃO DO HOSPITAL DE TRAUMAS INFORMANDO QUE O MESMO HAVIA FALECIDO

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 20 de setembro de 2018.

JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil

JOSINALDO FERREIRA DA SILVA
Noticiante

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA
Noticiante

AVELINA MARIA DE OLIVEIRA MELLO
Técnico de Nível Médio

CARTÓRIO REG. DE IMOVEIS 1º TABELIONATO
Rua Claudino Nóbrega, 1, Centro, Soledade - PB

AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original aqui me foi
exibido. Dou fé. (Art.425-III do CPC).
Soledade/PB - 22/01/2019
Selo Digital: AH182115-28Y2
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.fpb.jus.br>
Emal R\$2,37 Farpen R\$0,28 MP R\$0,04 Fapj R\$0,44





PARTE

Exame Cadavérico (necropsia) Nº 169.2018

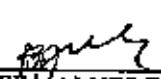
(1) João Batista Ferreira da Silva (VITIMA)

HISTÓRICO

RELATA O COMUNICANTE QUE SEU IRMÃO DE NOME JOÃO BATISTA, SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO, NA CIDADE D ESOLEDADE PB, NO DIA 19/09/2018, POR VOLTA DAS 09:00 HS; QUE FOI SOLICITADO PELOS FAMILIARES O SAMU, E CONDUZIU O SR. JOÃO BATISTA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE CAMPINA GRANDE PB; QUE QUANDO CHEGOU NO HOSPITAL DE TRAUMAS O PACIENTE HAVIA FRATURADO A BACIA, E ONTEM MESMO FOI CIRURGIADO, E APÓS A CIRURGIA, O HOSPITAL ENTROU EM CONTATO COM OS FAMILIARES INFORMANDO QUE O MESMO HAVIA TIDO UMA COMPLICAÇÃO E UM ATAQUE EPILÉTICO E ENCONTRAVA-SE NO MOMENTO NA UTI EM ESTADO GRAVE, E QUE HOJE PELA MANHÃ POR VOLTA DAS 10:00 HS, OS FAMILIARES RECEBERAM UMA LIGAÇÃO DO HOSPITAL DE TRAUMAS INFORMANDO QUE O MESMO HAVIA FALECIDO

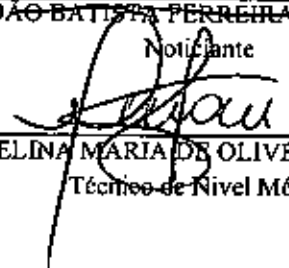
Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

Campina Grande/PB, 20 de setembro de 2018.


JOSEFA ALVES DE ASSIS
Delegado(a) de Polícia Civil

JOSINALDO FERREIRA DA SILVA
Noticiante


JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA
Noticiante


AVELINA MARIA DE OLIVEIRA MELLO
Técnico de Nível Médio