



05/07/2023

Número: **0800696-18.2023.8.15.0191**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Soledade**

Última distribuição : **26/04/2023**

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

Assuntos: **DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA (AUTOR)		ICARO ONOFRE COSTA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75659001	05/07/2023 11:36	2884926_CONTESTACAO_Anexo_02	Documento de Comprovação



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: Ariando 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 / Averbações: 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 Solidade - 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: mariosocavalcanti@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



**CAVALCANTI UNICO DE NOTAS, REGISTROS E PROTESTOS
MARIA ANGELITA COSTA
Fone: (87) 38531-145**

**Reconhecido por: Angélica Costa - Oficial, Substituta.
firma por semelhança de MARIO SOARES
CAVALCANTI - Itapetim - PE. Valor do ato R\$ 4,66, assim
dividido: Emolumentos: R\$ 3,49; TSMR R\$ 0,78 e FERC R\$
0,39. Angélica Costa - Oficial, Substituta.
C. Zumbi Costa Cavalcanti - Substituta.**

**38531 0075705.PDQ10202002.00200 28/10/2020 16:47:01
Consulte autenticidade em www.tjpe.gov.br/seledigital**



arpenpe AA 000508904 P

arpenpe



DETALHAMENTO DA MATRÍCULA			
Matrícula	00188/0156 1847 1 0000 020 0000533 31	tc (51) Tipo de Serviço Prestado, sendo:	fff (9993) Número do livro
Padrão	aaaaabccc dddd e ffff ggg hhhhhh h	45: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	ggg (999) Número da folha
DETALHAMENTO		ddd (1883) Livro de Registro	
aaaaa (00188-3)	Código Nacional da Servidão	e (1) Tipo de livro, sendo:	hhhhhh (000533) Número do Tombo
Código de Atividade da Servidão		1: Livro A (Matrimonial)	i (21) Dígito Verificador
Código de Atividade, sendo:		2: Livro B (Estatutário)	
01: Atividade Principal		3: Livro C (Auxiliar de Registro e de Inventário)	
02: Atividade Secundária		4: Livro D (Registro de Inventário)	
		5: Livro E (Registro de Inventário)	
		6: Livro F (Registro de Inventário)	
		7: Livro G (Registro de Inventário)	

o 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: 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 Osmo - 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 da 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: mariosoarescavalcanti@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.tjpb.jus.br/selodigital**

NÃO PLASTIFICAR



**CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, REGISTROS E PROTESTOS
MARIA ANGÉLICA COSTA
Fone: (87) 38531-145
Reconheço a firma por semelhança de MARIO SOARES CAVALCANTI - Itapetim - PE. Valor do ato R\$ 4,66, assim dividido: Emolumentos: R\$ 3,49; TSMR R\$ 0,78 e PERC R\$ 0,39. Assinada por Angélica Costa - Oficiala. Maior. Cássia Mª G. Sousa Costa Cavalcanti - Substituta.**

**SERIE: 0075705.F0010202002.00028 28/10/2020 16:47:04
Consulte autenticidade em www.tjpb.jus.br/selodigital**



arpenpe AA 000508904 P



DETAΛHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula	061030155 1817 1 9003 050 6406532 31	cc (15)	tipo de Serviço Prestado, sendo: 31- Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	mt (0001)	Número do livro
Padrão	aaaaabbbcc 0000 e m m 000 hhhhhhh ii	geod (1987)	Ano do Registro	999 (000)	Número da folha
aaaaa (E0138-3)	Código Nacional de Serviço	1 (1)	Tipos de Serv. e recem:	hhhhhh (00000323)	Número do Termo
bb (01)	Identificação única do cartório	1	1- Livro A (matrimonial) 2- Livro B (nascimento) 3- Livro C (óbito) 4- Livro D (interdição) 5- Livro E (guarda) 6- Livro F (inventário) 7- Livro G (testamento) 8- Livro H (outros)	ii (91)	Dígito Verificador
Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais					

DETAΛHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula: 061030155 1817 1 9003 050 6406532 31

Padrão: aaaaaabbbcc 0000 e m m 000 hhhhhhh ii

aaaaa (E0138-3) Código Nacional de Serviço

bb (01) Identificação única do cartório

Uso exclusivo para emissão de certidões 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 **SITIO 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): JOSÉ ANTONIO DO NASCIMENTO e MAIA FRANCILINA DA CONCEIÇÃO.

GÊMEOS **NÃO** NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS **NÃO POSSUI**

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) **vinte de maio de mil novecentos e oitenta e um (20/05/1981).** NÚMERO DA DN/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO **— NADA CONSTA —**

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

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

Rua Raimunda Rodrigues Pereira nº14 Centro Cajazeirinhas-PB - CEP
58655000 Fone: (83)3437-1008 E-mail:
cartoriodecajazeirinhas@gmail.com

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

Aranny Keylla de França Sousa
Aranny Keylla de França Sousa
Oficial Substituta

Selo Digital: **ALF03672-02LE**

Para validar a autenticidade em:
<https://pje.tjpb.jus.br/443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>
CPF: 036.266.464-16
Emolumentos e taxa de registro: R\$ 11,00
Aranny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub. Oficial



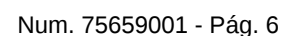
AA 000187077

Assinatura dos Notários e Registradores
do Estado da Paraíba





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





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

STN - Nº 028246141244, 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

vinte 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.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério Público de Soledade-PB

DECLARANTE

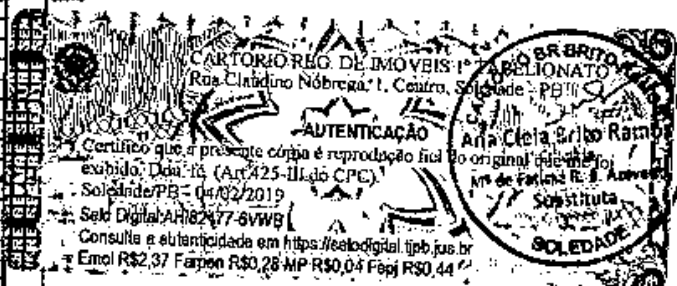
Dinael Erondina de Oliveira, De-Lar; CPF nº 691.333.364-15; RG nº 1362203 SSP-PB, residente e domiciliada: Rua Heleno José dos Santos, Soledade-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Dr Heroldo Almeida da Costa - CRM: 6479

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado 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
Rua Artur da Costa e Silva, 12
CEP: 58155-000 SOLEDADE-PB

Cartório de Registro de Imóveis

Maria José de Oliveira Vital

Soledade-PB

Rua Artur da Costa e Silva nº 12, Bairro Santa Teresita, CEP: 5136-1077
Soledade-PB - PE 51420-000, Fone: (51) 3441-1451 Zona: Centro

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Soledade-PB, 25 de Setembro de 2018

Maria José de Oliveira Vital
Cartório do Registro Civil

Selo Digital AGM63379-0819

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



Comprovante de residência



Declaração de Residência

Eu Ednaldo Selismine da Silva

RG. 48552225-9 CPF: 103.411.818-54 declaro para
fins de comprovação de residência que atualmente resido à Rua
CATUMBI

Nº 050 Bairro Vila Doria Município Itaquaquecetuba
UF SP

CEP: 08540-310

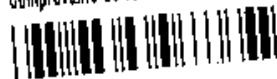
Declaro, também que assumo a total responsabilidade Civil e Criminal
pelos dados mencionados acima, comprometendo-me informar qualquer
alteração ou mudança de endereço.

São Paulo 09 de fevereiro de 2019

Ednaldo Selismine da Silva



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, LUCAS FELISMINO DA SILVA

RG 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: SOROCABA - PB 24/01/2019

Assinatura do Declarante: Lucas Felismino da Silva



**PREFEITURA DE
SÃO PAULO**

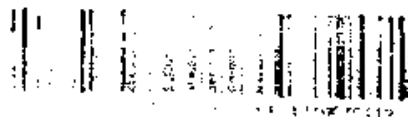
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÃO DE SERVIÇOS
NOTIFICAÇÃO DE ABERTURA DE ENVELOPE



XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

LICITAÇÃO Nº 001/2023 - RFP

FORMULÁRIO DE ABERTURA
DE ENVELOPE
Nº 001/2023
CNPJ: 00.000.000/0000-00



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

REPAS
0033302

FAC
8012254737/2015-01/SPM
CET
Correios

DATA DE POSTAGEM 18/02/19


CTCE VILA MARIA-SPH/PL11 CTCE VILA MARIA-SPH 8 - AMARRADOS
EDMUNDO GOMES BATISTA
R CATUMBI 250
VL SONIA
08570-340 ITAQUAQUECETUBA-SP


7210125850003170000003330210180219



Declaração cônjuge



DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

Dimaci Eromdina de Oliveira, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº. 1.362.203, CPF nº. 691.333364-15, residente na Rua: Helena 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 Eromdina 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 JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 19/04/2018, faleceu em 20/04/2018, no estado civil de VIÚVO 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>691.383.364-15</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. <u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>
2. <u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>	<u>—</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Marcelle de Rosa</u>	<u>1992061</u>	<u>283500540</u>	<u>—</u>
2. <u>Fabiana Ferreira de Silva</u>	<u>3960176</u>	<u>111.343.374-42</u>	<u>—</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

ITAPERIPE-PE 17/10/1963

CASAM N: 1420 FLS: 116 LIV: 21

CARTORIO ITAPERIPE-PE

601.046.274-69

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DA PAZ

Ministério da Justiça

Ministério da Saúde

Ministério da Educação

Ministério da Cultura

Ministério da Ciência e Tecnologia

Ministério da Defesa

Ministério da Fazenda

Ministério da Agricultura

Ministério do Meio Ambiente

Ministério do Trabalho

Ministério da Previdência Social

Ministério da Integração Nacional

Ministério da Comunicação

Ministério da Justiça

Ministério da Saúde

Ministério da Educação

Ministério da Cultura

Ministério da Ciência e Tecnologia

Ministério da Defesa

Ministério da Fazenda

Ministério da Agricultura

Ministério do Meio Ambiente

Ministério do Trabalho

Ministério da Previdência Social

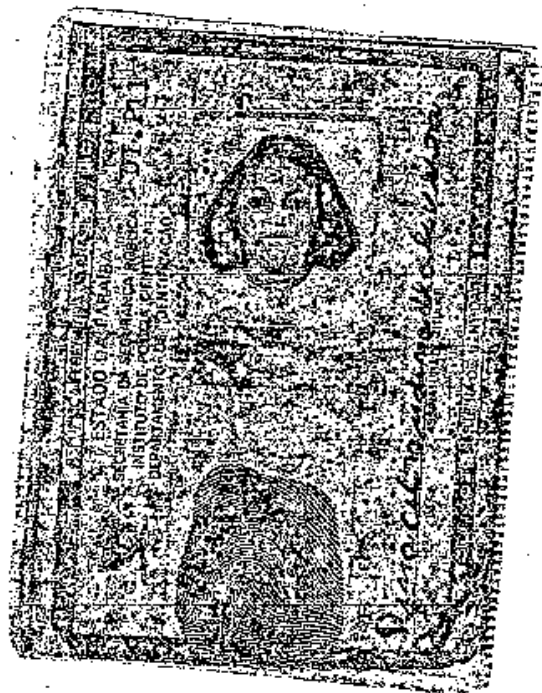
Ministério da Integração Nacional

Ministério da Comunicação

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA

Documentos de identificação





Documentos de Identificacao



SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome (com sigla)

DINACI ERODINA DE OLIVEIRA

10.12.68

Dina de Oliveira

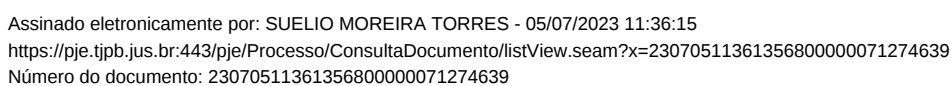
81/2053-9

6/01/88

4 1981

[Signature]





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 URFB nº 1.548, 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

1727-001359

Assinatura do Titular: *Lucas Belismino da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 38.146.585-8 DATA DE EXPEDIÇÃO 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

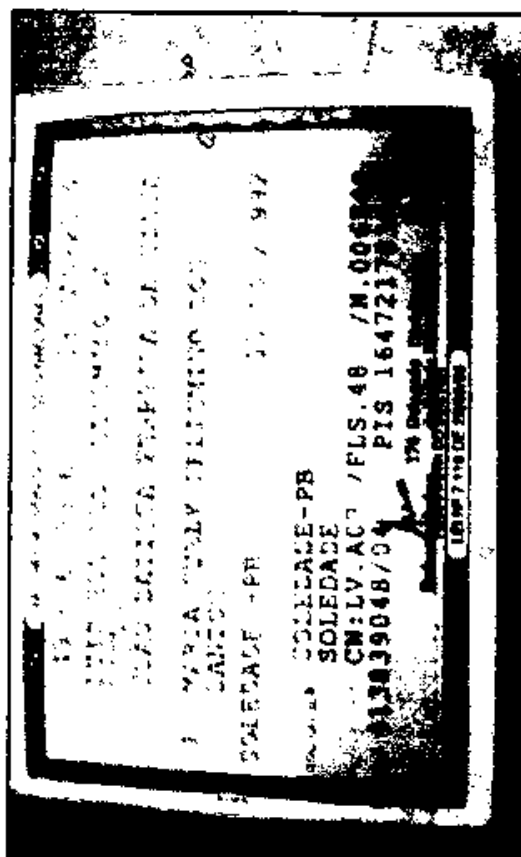
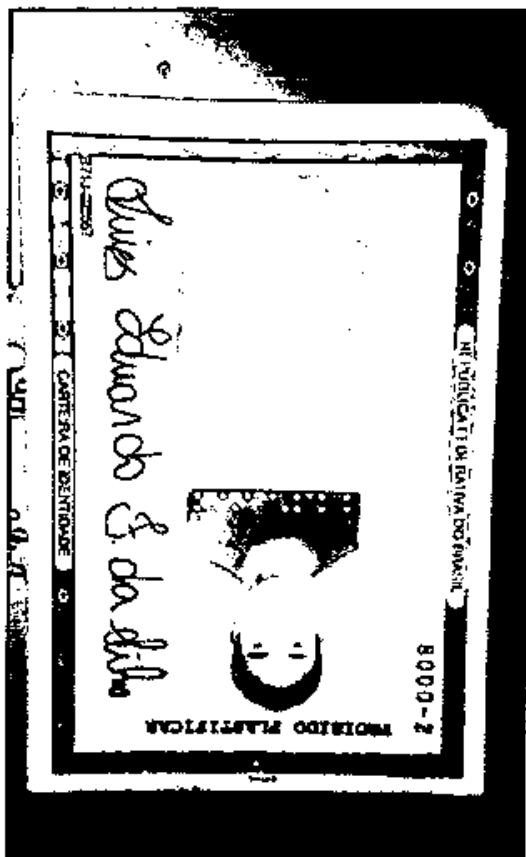
DOC ORIGEM SOLEDADE-PB
SOLEDADE
CN: LV.A07 /FLS.202 /N.007160
OFF 439673018/77

176 Delegado Divisão de Registro de Identificação
Roberto da Silva do Nascimento

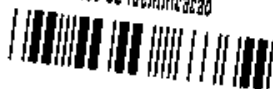
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Documentos de Identificação





Documentos de identificação



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Consórcios do 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 23

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 (DESPEAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: SOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA
Data do Acidente: 19/09/18 Possui CPF: ☐ Sim ☐ Não Nº CPF: 60104627468

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 COMPAÑHEIRO(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 COMPAÑHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão 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): DIANE FERDINANDA DE OLIVEIRA
Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 691333364-15
E-mail: beckenbauer@gmail.com Tel.: (81) 96849390
Data: 03/01/2020 Assinatura: Diane C. Ferdinanda de Oliveira

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): FABRÍCIO PIRES DA SILVA
Atendente: Mat. 8.478.608-6 Matrícula:
Data: 10/01/2020 Assinatura: [Assinatura]



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 25



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.

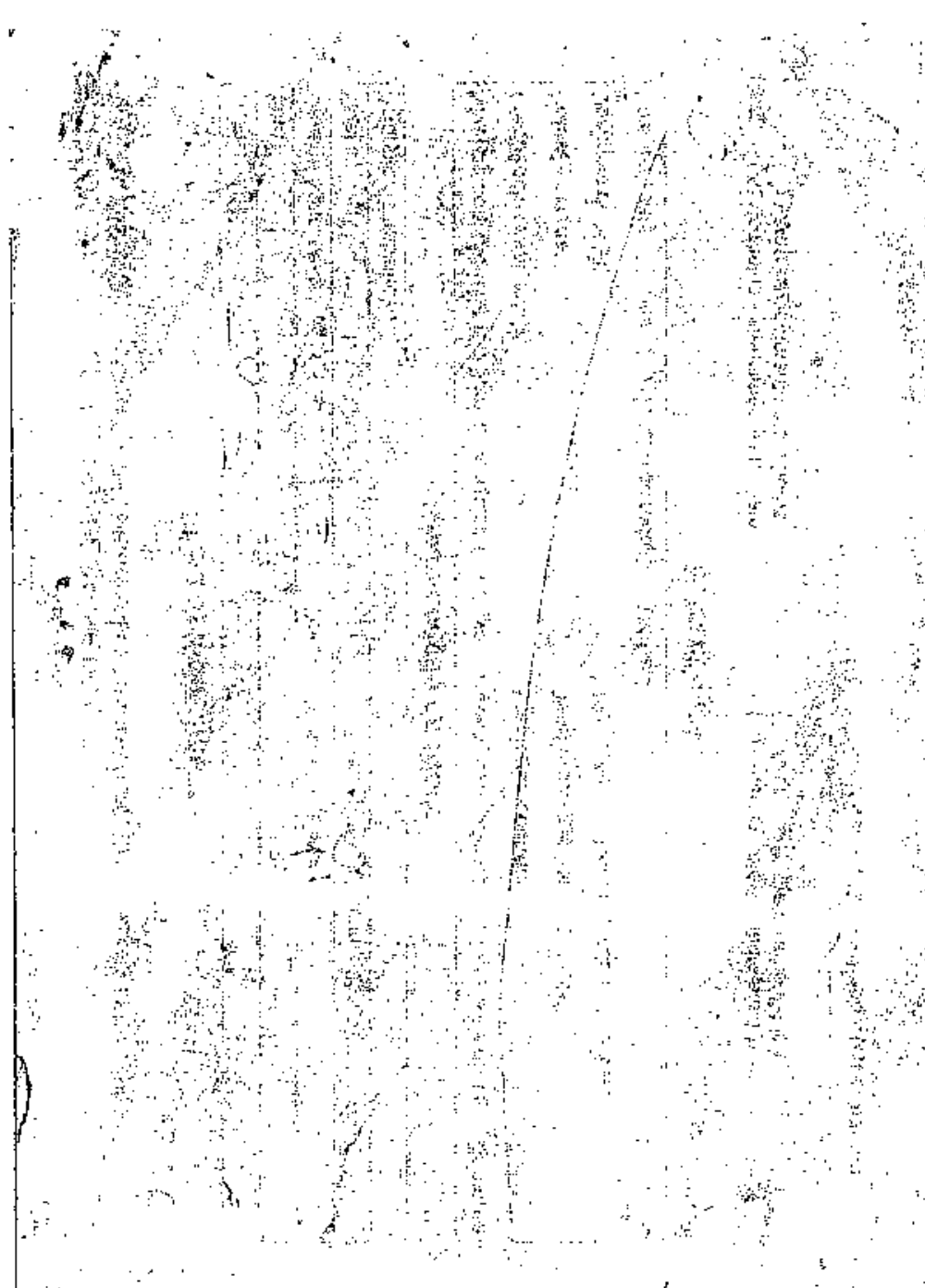
Achado adicional de esteatose hepática acentuada.

Observação: Resultamos 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 71990
Médico Radiologista







GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Ficha de Acolhimento

Nome:	Ana Beatriz Ferreira da Silva		
End:	R. João dos Santos	Bairro:	São José
Data de Nascimento:	14/10/63	Documento de Identificação:	
Queixa:	Colica abdominal	Data do Atend.:	19/9/18
Acidente de trabalho?	() Sim () Não	Hora:	9:30
		Documento:	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fútil 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

() Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional



19/09/2018

HTCG-Painel Administrativo

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

CPF: 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

RG: 959122

Nº:

FERREIRA

CPF: 60104627458

Profissão: APOSENTADO

Responsável:

Data de

CNS: 708908728527013

Estado Civil: Casado(a)

Atend: 19/09/2018

CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

Hora: 09:34:03

Especialidade:

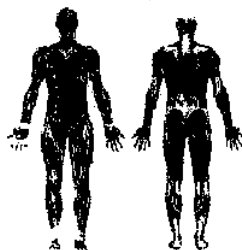
Médico:

CRM:

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. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Eritema subcutâneo
10. Emagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Caricosa
15. F. Cortante
16. F. Corto-cortice
17. F. Perfuro-cortice
18. F. Perfuro-cortice
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encaixado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Paralisia
32. Poliquetose
33. Queda
34. Ruptura
35. Sinal de Lachman
- 36.

COS:

QUEIMADURA:

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

DIGNOSTICO / CID:

Poltruma

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Última de colisão com a carro, sem capacete, trazido por SAMU para o HCT. Ferimentos em p. exposto, forte dor localizada.

Medicamentos: Analgésico, Curativo local
FAST NOVA

ALERGIA: Npo

MEDICAMENTOS: Control, Mefenina

PATOLOGIAS: DM, Epilepsia

EXAME FÍSICO

PUPILAS ☒ Fotorreagentes () Isocóricas ☒ Anisocóricas ()Glasgow *14*

PA

HGT:

SatO2 *94**Arteriais: normais, sem alterações**Em membros superiores, fls**Capta polipên em velocidade R.T.S.p*

Exame físico realizado em 19/09/2018

Exames solicitados: FAST, Ultrassonografia, Radiografias, Tomografia Computadorizada

Solicitação de Parecer Médico: Realizada em 19/09/2018

Médico Solicitante: [Assinatura]

Procedimentos realizados:

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

Assinatura e Carimbo do Médico:

TOMOGRAFIA REALIZADA EM: 19/09/2018

<http://projetohtcg.hctj.pb.gov.br/urgencia.php?contar=12>

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 29

Dr. Eduardo Espinosa
Ortopedia - Traumatología
CRM - PB 6388

Handwritten notes:

No flow energy after
Aufbau ist A
Dr. Martin Kersch
Aufbau ist A -
don't forget you
I'm not in contact

Date: 9/8/17

Name: [illegible]

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)

Dr. Alfredo Daniel
RECIBO DE ENTREGA
CERTIFICADO DE ENTREGA

CCH = 13/03/18 -
[CCH] após furo de teste
Sgh - 14-17 pm, fuma
TCC : - p/ Allan Aguiar
cd.: L: lavado com Pinelodromida
Orogel de uso
- p/ Conduta N/C4 no mandado

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

/ CBO

IDADE

18/projetohtcg/impurgencia.php?conlar=1735600

2/2



 GOVERNO DO PARÁ		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAME											
NOME:		JOS BKSth										PRONTUÁRIO:		6230	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:							
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐													
DADOS CLÍNICOS:															
Rx - 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:											

DE VOLTAR
 ENTREGAR AO
 CONSULTOR





GOVERNO DA PARAIBA		SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO				HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES				REQUISIÇÃO DE EXAM			
NOME:		Joo Batista F. Silva								PRONTUÁRIO		585	
IDADE:	SEXO	COR:		PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF:	LEIT:					
	M ☐ F ☐	B ☐ P ☐ A ☐											
DADOS CLÍNICOS:												RAIO X	
Polisomia												REALIZADO EM:	
												19/09/16	
MATERIAL A EXAMINAR:													
EXAMES SOLICITADOS:													
Raio-X de Torax em AP													
Raio-X de coluna lombar em AP													
Raio-X de pelvis em AP													
URGÊNCIA: ☒				ROTINA: ☐				Dr. Jardes Fonseca					
DATA: 13/03/17				HORA DA SOLICITAÇÃO:				Cirurgião Geral CRM-PB 110307 CRM-PE 27177					







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
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: JANE DA SILVA

PAI: JOÃO DA SILVA

SEXO: M COR: BRANCO 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, infarto agudo do miocárdio, com parada cardíaca súbita.

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. AMAURI H. SILVA
MÉDICO CAMPINA GRANDE

20 SET. 2018

Campina Grande - PB.

Assinatura e carimbo do Médico Assistente

(PREENCHER EM LETRA DE FORMA OU À MÁQUINA)

MOD. 041





GOVERNO
DA PARAÍBA

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

DADOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADÁVER

- ☐ 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 CADÁVER





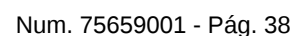
0.0000
0.0000
0.0000

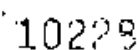
8.7

2.0 + 2.0 = 4.0

(Faint handwritten notes at bottom)

006 P211





Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: 11/11/80 Nº prontuário: 1111111111 Convênio:

Cirurgião: _____ Código: _____ (☒) Reposição (☐) Caixa Pronta

Bio Implants Comércio de Materiais Médicos Cirúrgicos Ltda. - Av. Teodorico Teles, 245B - São Miguel - Crato - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05
Fone/Fax: (88) 3521.4801 * www.bioimplants.com.br



GOVERNO
DA PARAÍBA

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

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente Isaías Batista F. da Silva Alojamento 5 Leito 2 Convênio

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
			# BHF 10:52
			Paciente foi monitorado pela BHF e não apresentou nenhuma alteração. Devido a isso, paciente permanece de alta da BHF.
			At 3:35h
			03:30h
			Paciente trazida da ala de UTI para PCP.
			Realizado RCP, OS cirurgias, amputação a adrenalina, a cada 3 minutos; sem pulso obtido concluído às 04:05h
			Dra. Cláudia R. M. Silva NEDULA CRM PB 5131



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE		Joaquim Batista Fernandes da Silva DR: 17-10-1963		GOVERNO DA PARAIBA	
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO	
	Sala 04	SUS	54	1336600	
CIRURGIA		CIRURGIAO + 02 de Rafael Dias de Amorim + DR YURI + DR GULIELMO			
ANESTESIA		ANESTESIA DR. Monalisa			
INSTRUMENTADORA		DATA	INICIO	FIM	
Nayma		19-09-18	11:00	13:20	
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS		Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	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
	Dolantina amp.		Cotonóide		Calgut Simples Serlix
01	Efrane ml - chouros		Dreno		Calgut Simples Serlix
	Fenegan amp.		Dreno Keri nº		Calgut Simples Serlix
01	Fentanil ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ osso
01	Inovant ml - 2000000		Dreno Pezzer nº		Ethibond
	Ketalar ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogolas		Ethibond
	Nubain amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Serlix
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Serlix
	Protigmine amp.		Esparradrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protóxido lfm		Furacin ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quelcin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardiaca
	Rapifen amp.		H ₂ O, ml	031	Mononylon 2-0 + 2-0
	Thionembutal ml		Intracath Adulto	01	Mononylon 5-0
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Protene Serlix
Qtd.	MEDICAÇÕES		Lâmina de Bisturi nº 23		Protene Serlix
02	Água Destilada amp.		Lâmina de Bisturi nº 11		Protene Serlix
01	Decadron amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Protene 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.		Oxigênio lfm		
	Glucon de Cálcio amp.		Poliflix		
	Haemacel ml		PVPI Degermante ml		
	Hepareina ml		PVPI Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanakion amp.		Sação Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrolinazol.		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Plasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml
01	Prolemina Sauconone		Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.		Sonda		
	Stuplanon amp.		Sonda Foley 18	Qtd.	ORTESE E PRÓTESE
	Cetolona 1g		Sonda Nasogástrica		Matriss Bb Implants
01	Sefuroxima		Sonda Uretral nº 14		
01	Sefoxetona		Sterydrem ml		
			Torneirinha		
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		
	Agulha desc. 25 x 7		Gelcon 18-14		
	Agulha desc. 28 x 28		Lateso		
	Agulha desc. 3 x 4,5		05 elebrados		
	Agulha p/ caque nº				
	Álcool de Enfermagem				
	Álcool Iodado ml				
01	Ataduras de Crepon 05 cm				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metileno amp.				
	Benzina ml				

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

Lot: 08934 Código: AF35 B 680
Fábri: 02/05/2018 Val: 05/2023
Registro ANVISA Nº: 80083850028
Material: ACC NOX F138
Luz Quimica Biotec e Cia Ltda - Esp
CNPJ: 08.142.000/0001 - R. Rio Claro 18
Tel: 051 3509-310 - contato@biotecbrazil.com.br

- EQUIPAMENTOS**
- (X) Oxímetro de Pulso
 - () Serra
 - () Desfibrilador
 - (X) Foco Frontal
 - () Fonte de Luz
 - () Foco Auxiliar
 - () Eletrocautério
 - (X) Oxícapnógrafo
 - () Cardiomonitor
 - () Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
Edjoroti
1159200

MOD 050





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, Dispneia = 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

[Handwritten signature]
6536

Assinatura do anestesista





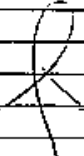
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Shan 12142 F. 12142 51212</u>	Idade: <u>59 anos</u>
Convênio: <u>Puent. 1736600</u>	Data: <u>19/09/18</u>
Procedimento: <u>Exatidão precatância de base</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Eduardo</u>	Auxiliar: <u>Dr. Yury</u>
	<u>Dr. Tullio</u>
Anestesista: <u>Dr. 3hmesos</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 Anestesiista

Circulante

Relatório de Operação

MOE 103



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		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: 134x81x41	PULSO: 66 bpm	RESPIRAÇÃO: 24 x/min	TEMPERATURA:	PESO:	ALTURA:	
TIPO SANGÜÍNEO:	HEMACIAS: 0	HEMOGLOBINA:	HEMATÓCRITO:	GLICEMIA:	URÉIA:	OUTROS:	
URINA:							
AP. RESPIRATÓRIO: unipneico					ASMA:	BRONQUITE:	
AP. CIRCULATÓRIO: normotensão, hemodinâmica clinicamente normal.					ELETROCARDIOGRAMA:		
AP. DIGESTIVO: mômago cheio			DENTES:	PESCOÇO:	AP. URINÁRIO:		
ESTADO MENTAL: consciente, orientado.			ATÁRAXICOS:	CORTICOIDES:	ALERGIA: não	HIPOTENSORES:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de bacia					ESTADO FÍSICO: ASA III/E	RISCO:	
ANESTESIAS ANTERIORES:							
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:				APLICADA AS:	EFEITO:		
11:20h							
AGENTES ANESTÉSICOS:	SEUSP				INDUÇÃO		
LIQUIDOS:	JP SF PL SO				Saliv.: ☒ Excit.: - Tosse: - Laringo espasmo: - Lenta: - Náuseas: - Vômitos: - Outros:		
CÓDIGOS	VP: ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX: ANESTESIA: O - OPERAÇÃO				MANUTENÇÃO ① Alfuprima 1g ② Oxacelona 100mg ③ Oxiprom 2g ④ O ₂ 2L/min.		
VP: ARTERIAL: O PULSO: O - RESPIRAÇÃO AX: ANESTESIA: O - OPERAÇÃO					ANESTESIA SATISF.: Sim ☒ Não ☐ Não, por quê?		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES:	ECG = RS SpO ₂ = 100% ETw.2 = 37 2-2-2				DESPERTAR Reflexos na SO: Obst.: Co.: Excit.: Náuseas: Vômitos: Outros:		
POSICÃO:	Pe. DDH; HCR; 70% F.O ₂ 100%.				Com câmbia: Para o Leito Sim Não ☒		
AGENTES:	Fentanil 200mcg + Bupren 100mcg + Propofol 200mg + Vecur				CONDICÕES:		
TÉCNICA:	Am. oral e IOT; pe. rob. VHCIF, F.O. 50%				CANULAS: 10L m. B.O. 25mg		
OPERAÇÃO:	Fixação protótipo de bacia						
CIRURGIÕES:	Dr. Eduardo Braga + HRC. Wlady + HRC. Celia						
ANESTESISTAS:	Dra. Jannira Silveira Gomes Durães						
OBSERVAÇÕES:							
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGÜÍNEA		

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 44

Nome do Paciente			Nº Prontuário
João Batista Ferreira da Silva			
Data da Operação	Enf.	Leito	
19/09/18			
Operador	1º Auxiliar		
Dr. Rafael	Dr. Flávio		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Dr. Reginaldo	Dr. Haroldo		
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Dr. Vanessa	geral TOT		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fenimento molar de face + FT de OPN			
Tipo de Operação			
Sutura dos fenimentos + Red. Fr OPN + TNA			
Diagnóstico Pós-Operatório			
O mesmo			
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. e DNH + IOT
- 2- Limpeza da ferimento e suture
- 3- Reducao de fr de O/PN + TNA
- 4- A TC P tem outros fatores de fare
- 5- Curativos e Pac de Curacao.

Dr. Rafael Grillo Gremes
Cirurgia e Traumatologia
Bodo Maxillo-Facial
CROPA - 2004

Mod. 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



[Handwritten signature]

2 - ...
 1 - ...
 3 - ...
 5 - ...
 1 - ...

[Handwritten text]

...
 ...
 ...

[Handwritten notes]

...
 ...
 ...

Diagnóstico

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: João Batista F. da Silva Alojamento: 3 Leito: 2 Convênio:

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
19/06/2020	Dieta 2020, livre após recuperação anestésica		Pto. de entrada de termo, apresentando distensão de tórax pré-fébril.
20/06/2020	1) SFO 3000ML EV 08:00	18/06	
20/06/2020	2) D. pirona 1g + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	3) tilidil 40g + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	4) transal 100g + 100ML de oxigênio	18/06	
20/06/2020	5) Neurodin 0,1g + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	6) Clavex 40g + P. EV 08:00 (início de 06 manhã)	18/06	
20/06/2020	7) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	8) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	9) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	10) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	11) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	12) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	13) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	14) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	15) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	16) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	17) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	18) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	19) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	20) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	21) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	22) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	23) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	24) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	25) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	26) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	27) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	28) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	29) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	30) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	31) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	32) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	33) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	34) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	35) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	36) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	37) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	38) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	39) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	40) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	41) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	42) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	43) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	44) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	45) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	46) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	47) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	48) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	49) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	50) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	51) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	52) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	53) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	54) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	55) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	56) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	57) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	58) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	59) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	60) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	61) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	62) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	63) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	64) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	65) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	66) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	67) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	68) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	69) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	70) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	71) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	72) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	73) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	74) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	75) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	76) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	77) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	78) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	79) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	80) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	81) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	82) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	83) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	84) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	85) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	86) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	87) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	88) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	89) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	90) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	91) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	92) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	93) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	94) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	95) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	96) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	97) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	98) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	99) SFO + P. EV 08:00	18/06	
20/06/2020	100) SFO + P. EV 08:00	18/06	

Data	Hora	T	P	R	PA	Diurese	Observações Enfermagem	As
19/08	20:00	36,5	80	20	120	300	paciente apresentando do sangramento per via oral, vitais estáveis, paciente em estado de choque, foi comunicado ao Dr. Rafael o mesmo mandou estagiário, viram alho o paciente e mesmo sem ver disse que é no mel	
21:15							paciente está hipotênico com sangramento comunicado no urgente ao Dr. Flávio, este mandou aguardar análises	





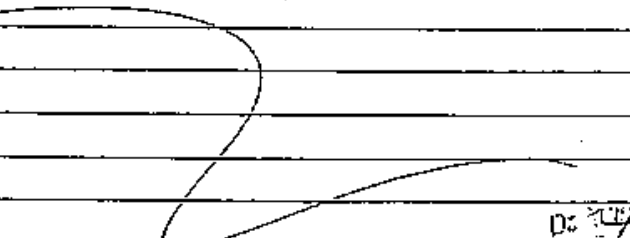
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

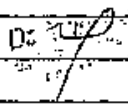
Nome do Paciente João Batista Fonzina		Nº Prontuário	
Data da Operação 19/09/13	Enf.	Leito	
Operador Dr. Eduardo Braga	1º Auxiliar Dr. Wany (Maz)		
2º Auxiliar Dr. Evlon (mni)	3º Auxiliar —	Instrumentador Norma	
Anestesia	Tipo de Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório	Open Book		
Tipo de Operação Redução da luxação e fixação definitiva			
Diagnóstico Pós-Operatório	O menisco		
Relatório Imediato da Patologia	✓		
Exame Radiológico no Ato	mm		
Acidente Durante a Operação	mm		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Anestesia em DDH sob Anestesia.
- 2) Assupção + Antisséptica + Campos Estéreis.
- 3) Abordagem Indistinta.
- 4) Fixação percutânea c/ fixador externo bom.
- 5) Curativo



De: 

● 介紹

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



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 interditada 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 ERONDINA DE OLIVEIRA

CPF do Representante legal

691.333.364-15

Email

beckenbauer@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.

Soledade, 28 de 02 de 2019

Local e Data

Dinaci Erondina de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Formulário V001/2017





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

NOTA
0033302



DATA DE POSTAGEM : 18/02/19



CTCE VILA MARIA SPM PL11 CTCE VILA MARIA SPM 8 - AMARJADOS

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



7210125050003170000003330210180219



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 Elizangela 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: 9C2KC1550AR04060
Data do Acidente: 19/09/2018
Local e Data: SOLEDADE - PB - 28/02/2019

*EDINALDO O 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 RACIA 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
EDINALDO ALVES ARAUJO

CPF / CNPJ 05873684464 PLACA MN23411/PB

PLACA ANT. / UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1550AR044060

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/BAO APLIC COMBUSTÍVEL 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 VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A 00/00/0000 1ª

FAIXA I.R.V.A. PARCELAMENTO / COTAS 2ª
***** 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 06/03/2018

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

0

SOLEDADE - PB LOCAL 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 CPF / CNPJ 05873684464 PLACA MN23411/PB

RENAVAM 00191562491 MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 9 CHASSI 9C2KC1550AR044060

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$)
***** SEGURO P A G O

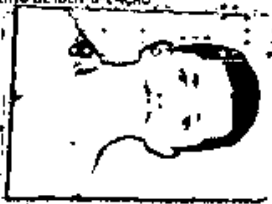
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
COTA ÚNICA PARCELADO 06/03/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

20109-0821391-20180307



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		REGISTRO GERAL 1.504.399 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 05/11/2010	
V-02 F-234		NOME EDINALDO ALVES ARAUJO	
 		FILIAÇÃO MIGUEL ALVES FIGUEIRA MARIA DO CARMO ARAUJO	
EDINALDO ALVES ARAUJO ASSINATURA DO TITULAR		NATURALIDADE PUXINANÁ-PB DATA DE NASCIMENTO 03/03/1971	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		DOC ORDEM SC.N.529 FLS.63 LIV.A-2 CARTÓRIO OLIVEDOS-PB 058.736.844-64 Assinatura do Titular Assinatura do Secretário LEI Nº 7.110 DE 29-08-93	





Nota Fiscal/Contas de Energia Saneamento 020 357 124
Cód. para Deb. Autossuicida: 000 000 000 000

Accesos: www.energis.com.br

CPF/ CNPJ/ RA

058,730.844-54

5/1285484-0

Canal de contato

As partes livres dos pontos afetados durante o dia ou na escuridão à noite, informe a Prefeitura da sua cidade: cuidar da iluminação pública é responsabilidade do município e de toda cidade.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Letra	Data	Letra			
18/01/19	8878	18/02/19	9759	1	53	91
Demonstrativo						
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa (%)	Valor Base Calc	Alq. Imposto	Base Calc
		Tributos Totais		IMPOSTOS		Por(100)
0021	Consumo em kWh	53,000,00	33,00	43,83	25	10,80
LÂMPADAS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO PLUIUM PÚBLICA		7,00	0,00	0	0,00
0304	JUROS DE MOROS 12/2018		0,20	0,00	0	0,00
0005	MULTA 12/2018		0,54	0,00	0	0,00

CDR Código de Classificação do Item	TOTAL	52,27	43,83	10,90	43,83	0,43	1,89
Média dos itens do teste							

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
-------------------	----------------------

46 25/02/2019 R\$ 52,27

Histórico de Consumo (kWh)

30	1	51	48	49	47	46	42	39	53	55	44	48
Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18	Jan/19	

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade			12/2016 - SCDENADE		Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)			Discriminação	Valor (R\$)	%
OTIMIZADA	0,37				Somatório de Dist. de Emergência	10,76	20,49
SATISFATORIA	12,64				Consumo de Emergência	15,34	29,35
BOA	20,00	NORMAL	220		Serviço de Transmissão	1,67	3,19
FICHA BOMBA	3,47				Emergência Distribuição	7,54	14,40
FICHA SATORIA	0,85	CONTRATADA	209		Serviços Diversos e Outros	2,88	5,52
FICHA BOMBA	10,70	LOTE INFERIOR	231		Outros Serviços	2,50	4,60
FICHA BOMBA	0,61						
OTIMIZADA	12,77	0,00			Total	52,27	100,00

ATENÇÃO

Voiced FUSION: 12/20/18 195 13 30

• **REVISÃO DE VENCIMENTO** - Caso a afilatura esteja nas relações de dependência em relação ao fornecedor poderá ser suspenso a partir de 01/07/2019. Conforme a legislação da ANEEL, o pagamento após essa data não é uma possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou se ele não estiver na unidade cadastrada para consumo. Caso já tenha o corte de pagamento da afilatura a corte de fornecimento não é necessária. Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

Jan/19 45.90

Renegade PAJAMA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Rotelro: 11-88-440-1020
Matriculas: 1295484-2019-02-3

25/02/2019-

-R\$-52-27-

836900000000-8 52270054000-1 12854842019-8 02400088019-5





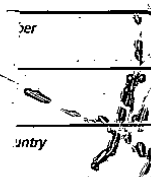
Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



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

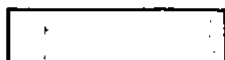
BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



Correios

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
DINACY ERONOVIA DE OLIVEIRA		(81) 99058 395	
ENDEREÇO / Address			
RUA AERENO JOSÉ DOS SANTOS Nº 39 APT S. JOSÉ			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58155-000	SOLEDADE	PB	BRASIL



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



MATERIAL REUSADO

B. FROZAS
Tel: (82) 9204-2000

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cn15)
☐ MUDOU-SE (Moved)	☐ FALLECIDO (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)		
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / 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		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 57



(1)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

ACESSIBILIDADE

 (/Pages ^ A O
/Acessibilidade.aspx) (/Pages

/Atalhos-de-

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

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)

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

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages





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): JOSÉ ANTONIO DO NASCIMENTO e MAIA FRANCILINA DA CONCEIÇÃO.

GÊMEOS **NÃO** NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS **NÃO POSSUI**

DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) **vinte de maio de mil novecentos e oitenta e um (20/05/1981).** NÚMERO DA DN/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO **— NADA CONSTA —**

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

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

Rua Raimunda Rodrigues Pereira nº14 Centro Cajazeirinhas-PB - CEP
58655000 Fone: (83)3437-1008 E-mail:
cartoriodecajazeirinhas@gmail.com

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

Aranny Keylla de França Sousa
Aranny Keylla de França Sousa
Oficial Substituta

Selo Digital: **ALF03672-02LE**

Para validar a autenticidade em:
<https://pje.tjpb.jus.br/443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>
CPF: 036.266.464-16
Emolumentos e taxa de registro: R\$ 7,00
Aranny Keylla de França Sousa
CPF: 066.015.244-41
Sub. Oficial



AA 000187077

Arquivo dos Nascidos e Registrares
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.



03/03/2021

e-SUS

CPF / CNS do cidadão

Pesquisar



Este módulo apresenta as fichas processadas e que estão de acordo com as regras de composição do núcleo familiar. Caso não seja possível visualizar algumas fichas, verifique se já foram processadas ou se estão presentes no relatório de inconsistências.

Data	Nome do cidadão	CPF / CNS do cidadão	Data de nascimento	Nome completo da mãe
02/03/2021	JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA	601.046.274-68	17/10/1963	JOSEFA DA CONCEICAO _
05/06/2020	DINANCI ERONCINA OLIVEIRA	691.333.364-15	10/12/1963	ERONDINA MARIA DA CO.





CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL

Ministério do Desenvolvimento Social

M. R. DARIDA MARINISIA GRANGEIRO DA SILVA

Você está autenticado na prefeitura de SOLEDADE

BUSCAR FAMÍLIA

CONSULTAR FAMÍLIA

GERAR FICHA

IMPRIMIR

> Cadastro Único > Buscar Família

07.07.20

Alterar Família

Dados da Família

Código familiar: 017803510-52

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: CADASTRADO

Migrado: NÃO

Cadastro atualizado: NÃO

Pendência: NÃO

Ações para esta Família

Histórico da Família

Consultar Ocorrências

Alterar Família

Consultar Endereço Remanescente

Continuar Cadastro Familiar

Trocar de Responsável Familiar

Imprimir ou salvar formulários

Excluir

Imprimir Comprovante de Cadastroamento

- 1 IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE
- 2 CARACTERÍSTICAS DO DOMÍLIO
- 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	ID	CPF	Relação	Estado Cadastral	Cadastro válido
☒ 1 - DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA	21205491777	18.11.1961	RESPONSÁVEL FAMILIAR	CADASTRADO	SIM
☐ 2 - JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA	12245679085	22.11.1961	CONJUNTO COADJUNTO (A)	EXCLUÍDO	SIM

Adicionar Pessoa

Consultar Pessoa

Alterar Pessoa

Excluir Pessoa

4 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

5 DOCUMENTOS

<https://www.cadastrounico.caixa.gov.br/cadun/abrirAplicacao.do#>

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 64

10/02/2021

> Cadastro de Pessoas Físicas

6 -
PESSOA COM
DEFICIÊNCIA
7
ESCOLARIDADE
8
TRABALHO E
REMUNERAÇÃO

1 - Identificação e controle

1.01 - Código Familiar 1.02 - UF 1.03 - Município 1.04 - Estado 1.05 - Subdistrito 1.06 - Setor censitário
017803510-52 PB SOLEDADE 10
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 - Anexo ☐ 2 - Anexo 3 - Formulário Suplementar 1 ☐ 2 - 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 - Titulo
1.14 - Nome 1.15 - Número
HELENO JOSE DOS SANTOS 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 1.22 - Assinatura 1.23 - Assinatura
MARGARIDA MARINISIA GRANGE RO DA SILVA 10/02/2021 ASSINAR
1.23 - Observações

FINALIZAR ATUALIZAÇÕES - CONFIRMAR ATUALIZAÇÕES
cadastronico.caixa.gov.br/cacun/abrirAplicacao.do#

2/3





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)

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

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO

--- NADA CONSTA ---

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

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
Oficial Substituta

Bel. Maria das Neves Q. Rodrigues
CPF: 036.266.464-16

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

Selo Digital: ALF03672-02LE



AA 000187077

Associação dos Notários e Registradores
do Estado da Paraíba



03/03/2021

e-SUS

CPF / CNS do cidadão

Regular



Este módulo apresenta as fichas processadas e que estão de acordo com as regras de composição do núcleo familiar. Caso não seja possível visualizar algumas fichas, verifique se já foram processadas ou se estão presentes no relatório de inconsistências.

Data	Nome do cidadão	CPF / CNS do cidadão	Data de nascimento	Nome completo da mãe
02/03/2021	JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA	601.046.274-68	17/10/1963	JOSEFA DA CONCEICAO _
05/06/2020	DINANCI ERONCINA OLIVEIRA	691.333.364-15	10/12/1963	ERONDINA MARIA DA CO.





CADASTRO ÚNICO PARA PROGRAMAS SOCIAIS DO GOVERNO FEDERAL

Ministério do Desenvolvimento Social

M. ROSARIDA MARINISIA GRANGEIRO DA SILVA

Voto está autenticado na prefeitura de SOLEDADE

BUSCAR FAMÍLIA

CADASTRO DA FAMÍLIA

FICHA DE CADASTRO

HISTÓRICO

> Cadastro Único > Buscar Família

v.07.30

Alterar Família

Dados da Família

Código familiar: 017803510-52

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: EXCLUIDO

Migrado: NÃO

Cadastro atualizado: NÃO

Pendência: NÃO

Ações para esta Família

Histórico da Família

Consultar Ocorrências

Alterar Família

Consultar Endereço Remanescente

Continuar Cadastro Familiar

Trocar de Responsável Familiar

Imprimir ou salvar formulários

Excluir

Imprimir Comprovante de Cadastroamento

- 1 IDENTIFICAÇÃO E CONTROLE
- 2 CARACTERÍSTICAS DO DOMÍLIO
- 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	ID	Idade	Sexo	Estado Cadastral	Cadastro válido
☒ 1 - DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA	21205491777	48	F	RESPONSÁVEL FAMILIAR CADASTRADO	SIM
☐ 2 - JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA	12245679085	44	M	EXCLUIDO	SIM

Adicionar Pessoa

Consultar Pessoa

Alterar Pessoa

Excluir Pessoa

4 IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA

5 DOCUMENTOS

https://www.cadastrounico.caixa.gov.br/cadun/abrirAplicacao.do#

1/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639

Número do documento: 23070511361356800000071274639

10/02/2021

> Cadastro de Pessoas Físicas

6 -
PESSOA COM
DEFICIÊNCIA
7
ESCOLARIDADE
8
TRABALHO E
REMUNERAÇÃO

1 - Identificação e controle

1.01 - Código Familiar 1.02 - UF 1.03 - Município 1.04 - Estado 1.05 - Suplementar 1.06 - Setor censitário
017803510-52 PB SOLEDADE 1
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 - Anexo ☐ 2 - Anexo 3 - Formulário Suplementar 4 - Anexo para Formulário 2
1.10 - Data da Entrevista
10 / 02 / 2021

Endereço da Família

1.11 - Localidade
SAO JOSE
1.12 - Tipo
RUA
1.13 - Titulo
1.14 - Nome 1.15 - Número
HELENO JOSE DOS SANTOS 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 1.22 - Assinatura 1.23 - Assinatura
MARGARIDA MARINISIA GRANGE RO DA SILVA 10/02/2021 ASSINAR

1.23 - Observações

FINALIZAR ATUALIZAÇÕES - CONFIRMAR ATUALIZAÇÕES
cadastronico.caixa.gov.br/cacun/abrirAplicacao.do#

2/3





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)

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

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIMENTO

--- NADA CONSTA ---

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

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
Oficial Substituta

Bel. Maria das Neves Q. Rodrigues
CPF: 036.266.464-16

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

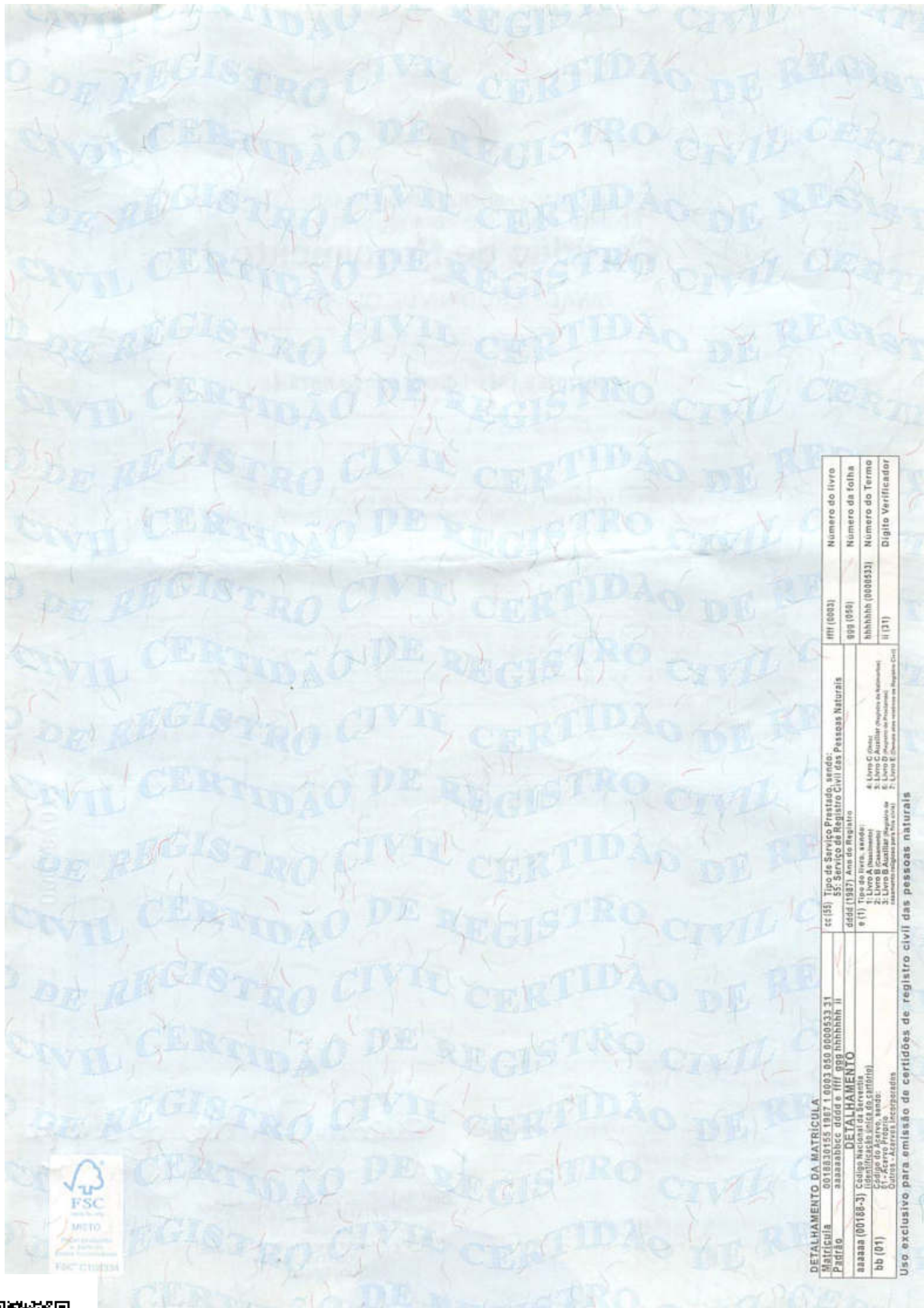
Selo Digital: ALF03672-02LE



AA 000187077

Associação dos Notários e Registradores
do Estado da Paraíba





DETALHAMENTO DA MATRÍCULA		cc (5) Tipo de Serviço Prestado, sendo: 55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais		III (0003)	Numero do livro
Matrícula	0016830155 1987 1 0003 050 0000533 31	dd (1) Tipo de livro, sendo: 1: Livro A (nascimento) 2: Livro B (casamento) 3: Livro C (outros) 4: Livro D (cancelamento) 5: Livro E (cancelamento de casamento) 6: Livro F (cancelamento de registro civil)		009 (050)	Numero da folha
Padrão	aaaaabccc ddde ffff ggg hhhhhh ii	e (1) Tipo de livro, sendo: 1: Livro A (nascimento) 2: Livro B (casamento) 3: Livro C (outros) 4: Livro D (cancelamento) 5: Livro E (cancelamento de casamento) 6: Livro F (cancelamento de registro civil)		hhhhhh (0000533)	Numero do termo
aaaaa (00168-3)	Cópia Nacional da Serventia			ii (11)	Digito Verificador
bb (01)	Código do livro, sendo: Outros: Acares Incorporadas				

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO BATISTA FERREIRA DA SILVA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

DINACI ERONDINA DE OLIVEIRA

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





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00355/00356 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15460739





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00355/00356 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15460739





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00355/00356 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15460739





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00355/00356 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15460739





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

Rio de Janeiro, 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.

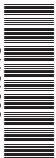
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00825/00826 - carta_01 - MORTE

00010413



Carta nº 15460788





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

Rio de Janeiro, 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.

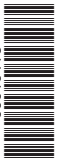
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00825/00826 - carta_01 - MORTE

00010413



Carta nº 15460788





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

Rio de Janeiro, 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.

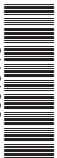
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00825/00826 - carta_01 - MORTE

00010413



Carta nº 15460788





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

Rio de Janeiro, 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.

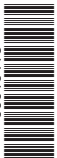
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00825/00826 - carta_01 - MORTE

00010413



Carta nº 15460788





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00825/00826 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15460788





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

Rio de Janeiro, 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.

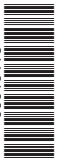
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00825/00826 - carta_01 - MORTE

00010413



Carta nº 15460788





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

Rio de Janeiro, 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.

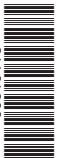
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00825/00826 - carta_01 - MORTE

00010413



Carta nº 15460788





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00827/00828 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15461779





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00827/00828 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15461779





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00827/00828 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15461779





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

Rio de Janeiro, 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.

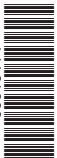
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00827/00828 - carta_01 - MORTE

00010414



Carta nº 15461779





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00827/00828 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15461779





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00827/00828 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15461779





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00829/00830 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15464660





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00829/00830 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15464660





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00829/00830 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15464660





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00829/00830 - carta_01 - MORTE



Carta nº 15464660





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

Rio de Janeiro, 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

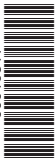
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00633/00634 - carta_12 - MORTE

00010317





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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 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

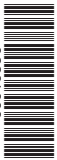
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01059/01060 - carta_12 - MORTE

00010530





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

Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 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

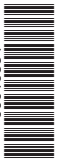
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01061/01062 - carta_12 - MORTE

00010531





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01263/01264 - carta_03 - MORTE

00030632



Carta nº 16506898





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

Rio de Janeiro, 18 de 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

Pag. 01429/01430 - carta_03 - MORTE

00030715



Carta nº 16677027





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01313/01314 - carta_03 - MORTE

00030657



Carta nº 16734705



Autorização de pagamento



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 ASI

CPF da Vítima

601.046.874-68

Nome completo da vítima

JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DINALI ERONDINA DE OLIVEIRA		CPF titular da conta 691.333.364-15	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA HELENO JOSÉ DOS SANTOS		Número 541	Complemento
Bairro ALTOS SÃO JOSÉ	Cidade SOLEDADE	Estado PB	CEP 58255000
Email beckenbrians@bol.com.br			Telefone (DDD) (83) 46849050

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 NRO. 1149- DV 5
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. 25794 DV X
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____
 AGÊNCIA NRO. _____ DV _____
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. _____ DV _____
 (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 18 de 02 de 19

Local e Data

Dinali Erondina de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001 V001/2017



Autorização de pagamento



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 601.046.874-68	Nome completo da vítima JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DINALI EROUDINA DE OLIVEIRA	CPF titular da conta 691.333.364-15	Profissão AGRICULTORA
Endereço RUA HELENO JOSÉ DOS SANTOS	Número 541	Complemento
Bairro ALTOS SÃO JOSÉ	Cidade SOLEDADE	Estado PB
Email beckenubianos@bol.com.br	CEP 58255000	Telefone (DDD) (83) 46849050

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 ☐ R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00		☒ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00 ☐ 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)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
AGÊNCIA NRO. 1149		DV 5		CONTA NRO. 25794		DV X	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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 18 de 02 de 19

Local e Data

Dinali Eroudina de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

001 V001/2017





Seguros 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 FENISMINO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 48.352.225-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 19/06/2007 ECPF 403141218-54 / CNPJ 000000000-00000-00, 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:

- 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.

Autorização de pagamento

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO 237 AGÊNCIA 1261 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 0119544-1☐ 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 Fenismino 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 109



Bradesco

Dia & Noite

006 - Bradesco Dia & Noite
Transferência por Débito

	para	14 43
1444 27 123456 789 01234 56789	4191	
	valor	10 00

Transferência

Beneficiário

Agência 0000 (00000000000000000000)

Código 00000000000000000000

Transferência para: 00000000000000000000

Transferência por Débito

A transferência realizada nesta agência será
realizada e validada no momento da
realização da transferência de acordo com
as regras estabelecidas no manual de operações

Transferência Bradesco
Em tempo de crédito em segundos
Sem pagar no balcão,
sem esperar pelo cartão.

Ata Bradesco
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente
com planos, reclamações e informações
0800 704 9363
Segunda-Feira a Sexta-Feira das 8h às 18h
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Atendimento - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, sábado das 8h às 12h

Ata Bradesco
SAC - Serviço de Atendimento ao Cliente





Seguradora 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, LUCAS FEMININO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 38.146.585-2 EXPEDIDO POR SSP / SP EM 26/03/2014 ECPF 4139673018-77 / CNPJ 000000000-00000-00, 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 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:

- 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.

Autorização de pagamento

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)BANCO 004 AGÊNCIA 1445 (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 Feminino 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.

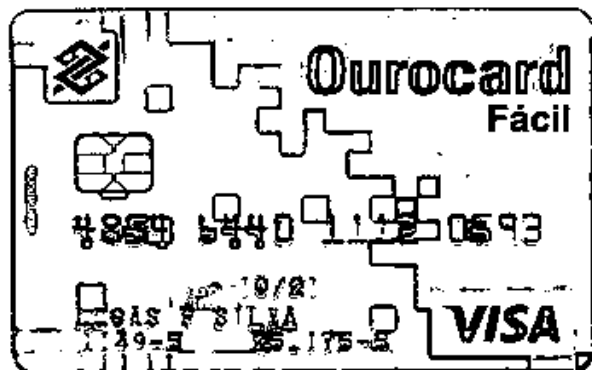


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 111





Seguradora 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, LUIZ EDUARDO FERREIRINO DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 49.656.199-6 EXPEDIDO POR SEPTPB EM 08/01/2021 POR ROK E

CPF 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:

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.

Autorização de pagamento



- ☐ 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) _____

Luiz Eduardo F. 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3800036538 3 - CPF da vítima: 60504687468 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 ERONDINA DE OLIVEIRA 6 - CPF: 691.333.364-15

7 - Profissão: APRENTIZA 8 - Endereço: RUA HEINHO 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:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 1549 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 19/09/2018

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

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

34

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.

Dinach Erondina de Oliveira

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (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 41).
- 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 aceitas 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.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capital 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
Guvidoria: 0800 021 81 35



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 11:36:15

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070511361356800000071274639>

Número do documento: 23070511361356800000071274639

Num. 75659001 - Pág. 115



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 10455.01.2018.2.00.401

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: Próximo 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: Próximo Ao Bar de Miano
Telefone: (83) 98777-7757

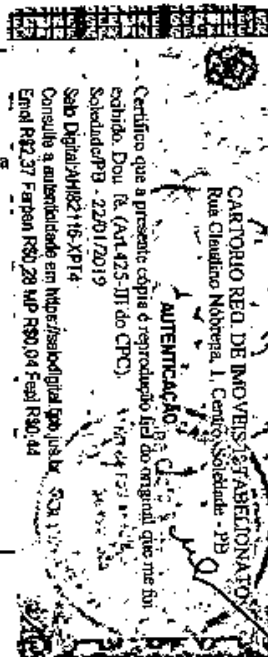
VITIMA

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: Autônomo
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: Próximo Ao Colegio Buriti
Telefone: Não informado

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

Procedimento Policial: 10455.01.2018.2.00.401





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

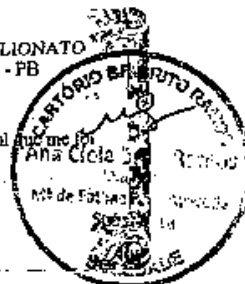
JOÃO BATISTA FERREIRA DA SILVA
Noticiante

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 que me foi
exibido. Dou fé. (Art.425-III do CPC).
Soledade/PB - 22/01/2019
Selo Digital: AH82715-28YZ
Consulta a autenticidade em: <https://selodigital.fpb.jus.br>
Email R\$2,37 Ferpen R\$0,20 MP R\$0,04 Fapj R\$0,44



Procedimento Policial: 10455.01.2018.2.00.401





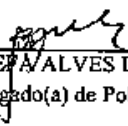
PARTE Exame Cadavérico (necropsia) Nº 169.2018
(1) João Batista Ferreira da Silva (VITIMA)

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 EPILEPTICO 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

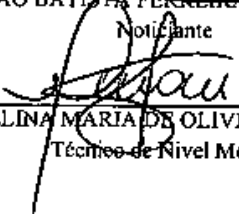
Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.

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

Procedimento Policial: 10455.01.2018.2.00.401

2/2

