

---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO**

Nº Sinistro: **3180458836**

Vitima: **ANDREA FELIX DA SILVA**

Data do Acidente: **01/09/2018**

Cobertura: **MORTE**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180458836**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO**

Nº Sinistro: **3180458836**

Vitima: **ANDREA FELIX DA SILVA**

Data do Acidente: **01/09/2018**

Cobertura: **MORTE**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180458836**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Laudo do IML - Necrópsia não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

#### 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

036 0596148

CPF da Vítima

096.758.114-12

Nome completo da vítima

ANNEA FELIX DA SILVA

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO		CPF titular da conta 023.363.654-18	Profissão EMPRESÁRIO
Endereço Rua Silviano S. Ferreira		Número 515	Complemento CENTRAL
Bairro CENTRAL	Cidade Londrina	Estado PARAIBA	CEP 58322-000
Email			
Telefone (DDD)			

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

#### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1635    D/V 7    CONTA NRO. 23156    D/V 8  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome \_\_\_\_\_ IBO \_\_\_\_\_

AGÊNCIA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_ CONTA NRO. \_\_\_\_\_ D/V \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir)    (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

João Pessoa , 02 de Outubro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº **02/2018**

Ocorrência nº. **466/2018**

Aos 19 dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de JACARAÚ/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Kennedy De Carvalho Andrade, às 12h:45min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA**, conhecido por , Identidade nº 05554923-2-IFP/RJ, CPF nº , nacionalidade brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de José Antonio Da Silva E Cícera Gonçalves Da Silva, natural de Jacaraú/PB, nascido(a) em 19/04/1953, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Pedro Luiz Da Silva nº 202, bairro São José – Jacaraú/PB, tendo como ponto de referência: , fone(s) para contato: (83)- 98853-8970.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 01 de setembro de 2018;
- 3) HORÁRIO: 21h:30min;
- 4) LOCAL: Rodovia Pb-085, Que Liga As Cidades De Duas Estradas-Pb A Sertãozinho-Pb nº , bairro – / ;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: hospital municipal de Lagoa de Dentro-PB.;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? PREJUDICADO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? PREJUDICADO.

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

GM/CELT, NIV: 9BGRD08Z02G162283, placa: MOT-4015/PB, ano/modelo: 2002, cor prata, licenciado em nome de MICHEL GOES ESTEVES.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

**NÃO HOUVE**

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE notifica o acidente automobilístico cuja vítima fatal foi sua filha: ANDRÉA FÉLIX DA SILVA, CPF: 096.758.114-12; QUE sua filha viajava no veículo acima mencionado, conduzido por um indivíduo ainda não identificado; QUE este indivíduo passou em alta velocidade por uma linha férrea, perdeu o controle do veículo, capotou e caiu em um açude; QUE ANDRÉA foi socorrida para o hospital municipal de Lagoa de Dentro, onde já chegou sem vida.

**9) OBSERVAÇÕES:**

**NÃO HOUVE.**

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitel.

**SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA**

Comunicante

Kennedy De Carvalho Andrade  
Escrivão/Agente Mat nº 155.335-6





**ESTADO DA PARAIBA**  
**POLÍCIA MILITAR**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°

Nº CIOP/COPOM:

JOp/SUOp	Data da Ocorrência	Hora	Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº)
	21/08/2018	11h30 min.	Ent. Litorânea e Fortezenho

Ponto de Referência

Natureza da Ocorrência

Código da Ocorrência

Capetamento

Comandante da Guarda (Nome, Posto/Grad. e Matrícula)

SGT Edelson

MT 519.419-9

Prefixo da Vatura

6573

Motorista (Nome, Grad. e Matrícula)

SD Josenaldo

Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula)

Patrulheiro 02 (Nome, Grad. e Matrícula)

Nome Completo do Solicitante

Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s)

Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

## Acusado (s)

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

Informações Biométricas

Cor da Pele: Altura Estimada:

Cor dos Cabelos:

Cor dos Olhos:

Compleição Física: ( ) Normal ( ) Magro ( ) Gordo

Marca(s) Característica(s) (Assinalar)

Alcunha

( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal de Nascente ( ) Outros

(Descrever Marca Característica)

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

Informações Biométricas

Cor da Pele: Altura Estimada:

Cor dos Cabelos:

Cor dos Olhos:

Compleição Física: ( ) Normal ( ) Magro ( ) Gordo

Marca(s) Característica(s) (Assinalar)

Alcunha

( ) Tatuagem ( ) Cicatriz ( ) Sinal de Nascente ( ) Outros

(Descrever Marca Característica)

## Vítima(s)

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Andrea Felix

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Nº Telefone (s)

Profissão Declarada

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Nº Telefone (s)

Profissão Declarada

## Testemunha(s)

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

( ) ( )

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

( ) ( )

Ponto de Referência

Profissão Declarada



## Arma(s) de Fogo Apreendida(s)

Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
-------	--------	----------	-------------	-----------	----------------

Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
-------	--------	----------	-------------	-----------	----------------

## Cartucho(s) Apreendido(s)

Quantidade:	Calibre:	Tipo:
-------------	----------	-------

Quantidade:	Calibre:	Tipo:
-------------	----------	-------

## Outro(s) Objeto(s) Apreendido(s)

(Tipo, Marca, Modelo, nº de série, Cor e etc.)
--

## Relato da Ocorrência

Por volta das 22:30 horas, a VLR 6573, foi solicitada pela 3ª CIA dizendo que tinha ocorrido um acidente automobilístico, resultando em um capotamento, chegando ao local foi constatado a veracidade dos fatos, os ocupantes do veículo que eram 5, incluindo o motorista. Dados do veiculo: Letta, prata, ano 2002, os dados da placa não foram conferidos. Com relação as vítimas, já foram socorridas para o hospital da cidade de Baixo de Dentro somos ate de hospital e, chegando lá, constatamos que um dos ocupantes trouxeram chega de um conhecida por: Andreg Kex, residia em jacaré, com relago, a ela mesmo declarou foi informado por não terem conhecimento da propria pegando o motorista Givaldo Duarte de Souza, 25a. Tive perdido o controle do carro e viu o capotamento. O mesmo reside na Rua: Pedro Vieira Filho, Baixo de Dentro filho de: Geraldo de S. Souza e Josefa Duarte de Souza.

## Auto de Resistência à Prisão

No exercício legal de minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado \_\_\_\_\_, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de \_\_\_\_\_, e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para isso \_\_\_\_\_, do que resultou em \_\_\_\_\_.

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com a(s) \_\_\_\_\_

Testemunha(s) \_\_\_\_\_

Condutor: \_\_\_\_\_

1ª Testemunha \_\_\_\_\_

2ª Testemunha \_\_\_\_\_



Recebí ás \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min., de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, o (s) Acusado(s), armado(s) e/ou objeto(s) descritos neste documento.

Nome: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_



REQUISIÇÃO DE EXAME nº 1580/2018  
**EXAME REQUISITADO: EXAME REMOÇÃO/CADAVÉRICO**  
Autoridade Requisitante: Del. Pol. LÍDIA COSTA VELOSO  
João Pessoa/PB, 02/09/2018

**SENHOR(A) GERENTE EXECUTIVO(A),**

Requisito a **REMOÇÃO/EXAME CADAVÉRICO** na pessoa de informações a seguir:

**ANDRÉA FELIX DA SILVA**, brasileiro(a), solteiro(a), vendedora, alfabetizado(a), portador(a) do RG 3.556.661 2<sup>a</sup> Via SSPPB, CPF 096.758.114-12, filho(a) de Sebastião José da Silva e de Maria da Luz Felix da Silva, nascido(a) aos 22.08.1993, 25 anos, natural de Jacaraú, PB, residente, quando em vida, na Rua Ver. Luiz Pedro da Silva, 202, São José, Jacaraú, PB.

**HISTÓRICO:** Segundo informações do senhor Sebastião José da Silva, portador do RG 05554923-2 IFP/RJ, genitor da vítima, o(a) periciada no dia 01.09.2018, por volta do 23:00hs, estava no interior de um veículo, na zona rural do município de Duas Estradas, quando o condutor perdeu o controle do veículo capotando-o, caindo dentro de um açude; Que a vítima foi socorrida para o hospital de Lagoa de Dentro; Que o médico Dr. Felipe de P. Escarião, CRM-PB 8853 declarou que a vitima veio à óbito no mesmo dia, provavelmente por afogamento.

**REQUISITO TAMBÉM O ENVIO DO LAUDO PARA A DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE DUAS ESTRADAS/PB.**

*Lídia*  
02/09/18  
Maria da Socorro Nascimento Ferreira  
Matrícula: 10.584-4

*Lídia Costa Veloso*  
LÍDIA COSTA VELOSO  
Delegado(a) de Polícia Civil

LIFE ASSESSORIA  
02 OUT. 2018  
CORRETORA DE SEGUROS

Ao Senhor  
Gerente Executivo do GEMOL/IPC  
Instituto de Polícia Científica - IPC  
João Pessoa, PB

Recebi a primeira via desta requisição, João Pessoa,

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# Certidão de Nascimento

NOME:  
**PEDRO GABRIEL FELIX CAVALCANTI**  
MATRÍCULA  
**0723630155 2015 1 00004 066 0001935 11**

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) \_\_\_\_\_  
trinta e um de agosto de dois mil e quinze DIA  
31 MÊS  
08 ANO  
2015

HORA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
20:50 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO \_\_\_\_\_  
João Pessoa-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/U.F. \_\_\_\_\_  
Distrito de Timbó-PB LOCAL DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
Hospital General Edson Ramalho - João Pessoa-PB SEXO \_\_\_\_\_  
masculino

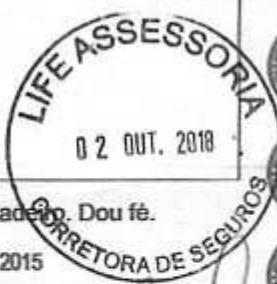
FILIAÇÃO \_\_\_\_\_  
JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO e ANDRÉA FELIX DA SILVA

AVOS \_\_\_\_\_  
Paterno(s): Jonildo Cavalcanti da Silva, falecido e Rosa Varela de Lima  
Materno(s): Sebastião José da Silva e Maria Da Luz Felix da Silva.

GÊMEOS \_\_\_\_\_  
NÃO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) \_\_\_\_\_  
NÃO POSSUI \_\_\_\_\_

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO) \_\_\_\_\_  
dez de setembro de dois mil e quinze (10/09/2015). DNV (DEC. NASC. VIVO) \_\_\_\_\_  
30694721320

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES \_\_\_\_\_  
Registro lavrado em 10/09/2015, no livro A-00004, Nº 1935, folha 66.



NOME DO OFÍCIO \_\_\_\_\_  
Cartório do Registro Civil e Notas

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Distrito de Timbó-PB, 10 de Setembro de 2015

OFICIAL REGISTRADOR \_\_\_\_\_  
Maria Aparecida da Silva

*Maria Aparecida da Silva*

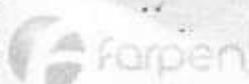
Maria Aparecida da Silva  
Oficial do Registro Civil

MUNICÍPIO/U.F. \_\_\_\_\_  
Distrito de Timbó-PB

ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
Rua Principal S/N - Distrito de Timbó, Jacarau-PB - CEP 58278000  
Fone: (83)3295-5172 E-mail:  
aparecidasilveomilhos@hotmail.com.br

Selo Digital: AAB18247-NFIF  
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**CNPJ 06.174.592/0001-44**  
CARTÓRIO DISTRITAL DO REGISTRO CIVIL E NOTAS  
*Maria Aparecida da Silva*  
TITULAR  
*Sebastiana Fernandes da Silva Oliveira*  
ESCREVENTE  
**L TIMBÓ DE JACARAU - PB**



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

Nº 055007 B



# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

## Cartório do Registro Civil Nascimentos Casamentos e Óbitos

Marisa de Castro  
Oficiala do Registro Civil  
Comarca de Jacaraú-PB

### CERTIDÃO DE ÓBITO

ANDRÉA FELIX DA SILVA

CPF  
096.758.114-12

MATRÍCULA  
**073155 01 55 2018 4 00006 127 0003558-96**

SEXO  FEMININO COR  PARDA ESTADO CIVIL E IDADE  
SOLTEIRA - 25 ANOS DE IDADE

NATURALIDADE  JACARAÚ-PB DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  RG 3556661 ELEITOR  SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA  
Sebastião José da Silva e Maria da Luz Felix da Silva

RESIDENTE RUA VEREADOR PEDRO LUIZ DA SILVA, 202, CASA, SÃO JOSÉ, JACARAÚ, PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO  
PRIMEIRO DE SETEMBRO DE DOIS MIL E DEZOITO - ÀS 22:00 H DIA  01 MÊS  09 ANO  2018

LOCAL DE FALECIMENTO  
EM VIA PÚBLICA (OUTROS), EM LAGOA DE DENTRO-PB, DE ACORDO COM A REQUISIÇÃO DA  
DELEGACIA VÍTIMA DE AFOGAMENTO

CAUSA DA MORTE  
ASFIXIA POR AFOGAMENTO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido)  
SEPULTADO NO CEMITÉRIO PÚBLICO MUNICIPAL, DE JACARAÚ-PB.  
DECLARANTE  
SEBASTIÃO JOSÉ DA SILVA  
(PAI) CPF 534.186.547-20

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO  
Dra. SILVANA MARIA GOMES DE MIRANDA LINHARES CRM N° 4713

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESER  
Registro feito em doze de setembro de dois mil e dezoito Título de eleitor n.º 042545091295 , carteira de trabalho n.º 38366 série n.º 00032, nascida em 22/08/1993 . A falecida deixa um filho menor: Pedro Gabriel Felix Cavalcanti, nascido em: 31/08/2015. Não deixa bens. Ato registrado pela Oficiala do Registro Civil Marisa de Castro. SELO DIGITAL N.º AGW78329-SE7J - consulte autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br> .. NADA MAIS.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO  
SEM INFORMAÇÃO  
\* As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

SERVIÇO REGISTRAL DAS PESSOAS NATURAIS  
MARISA DE CASTRO - Oficial  
RUA: PRESIDENTE JOÃO PESSOA, N°158 - CENTRO -  
JACARAÚ - PB CEP: 58278-000  
Tel/Fax: 083 3295-1012  
E-mail: marisadecastroa@bol.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
JACARAÚ, 12 de setembro de 2018

*Marisa de Castro*



ISENTO DE EMOLUMENTOS

Farpen

Farpen

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

Nº 716857 B



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**POLÍCIA MILITAR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°****Nº CIOP/COPOM:**JOp/SUOp      Data da Ocorrência: 21/08/2018      Hora: 21 h 30 min.

Endereço da Ocorrência (Rua, Bairro, Cidade e Nº)

Rua Lúcio Mendes e Fortalezinha

Ponto de Referência

Natureza da Ocorrência

Partamento

Código da Ocorrência

Comandante da Guarda (Nome, Posto/Grad. e Matrícula)

SGT EdelsonM 519.419-9

Prefixo da Viatura

6523

Motorista (Nome, Grad. e Matrícula)

SD Josen Lobo

Patrulheiro 01 (Nome, Grad. e Matrícula)

Nome Completo do Solicitante

Número(s) do(s) Telefone(s) do Solicitante(s)

Endereço Completo do Solicitante (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

**Acusado (s)**

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

**Informações Biométricas**Cor da Pele: Clara Altura Estimada: 1,75 Cor dos Cabelos: Castanho Cor dos Olhos: Castanhos Compleição Física:  Normal  Magro  Gordo

Marca(s) Característica(s) (Assinalar)

 Tatuagem  Cicatriz  Sinal de Nascença  Outros

Alcunha

(Descrever Marca Característica)

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

**Informações Biométricas**Cor da Pele: Clara Altura Estimada: 1,75 Cor dos Cabelos: Castanho Cor dos Olhos: Castanhos Compleição Física:  Normal  Magro  Gordo

Marca(s) Característica(s) (Assinalar)

 Tatuagem  Cicatriz  Sinal de Nascença  Outros

Altunha

(Descrever Marca Característica)

**Vítima(s)**

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Andrea Felix

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Nº Telefone (s)

Profissão Declarada

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Nome Completo da Genitora

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Nº Telefone (s)

Profissão Declarada

**Testemunha(s)**

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Endereço Completo (Rua, Nº, Bairro, Cidade e UF)

Nº CNH

Ponto de Referência

Profissão Declarada

Nome Completo

Data de Nascimento (d/m/a)

Número(s) do(s) Telefone(s) da Testemunha(s)

Nº RG/Órgão Expedidor

Nº CPF

Ponto de Referência

Profissão Declarada



## Arma(s) de Fogo Apreendida(s)

Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Tipo:	Marca:	Calibre:	Acabamento:	Nº Série:	Dimensão Cano:
Cartucho(s) Apreendido(s)					
Quantidade:		Calibre:		Tipo:	
Quantidade:		Calibre:		Tipo:	
Outro(s) Objeto(s) Apreendido(s)					

(Tipo, Marca, Modelo, nº de série, Cor e etc.)

## Relato da Ocorrência

Por volta das 22:30 hrs, a VLR 6573, foi solicitada pela 3<sup>ª</sup> IA dizendo que tinha ocorrido um acidente automobilístico, resultando em um capotamento, chegando ao local foi constatado a vereador dos fatos, os ocupantes do veículo que eram 5, incluindo um motorista. Dados do veiculo Letta preta ano 2002, os dados da placa não foram conferidos. Com relação as vitimas, foi feito socorros para o hospital da cidade de Baixio de Dentro. Somos ate de hospital e, chegando lá, constatamos que um dos ocupantes tinha chegado a óbito conhecido por: André Kex, residia em Jacaraci, com relações a ela mesmo sólido foi informado que não tiveram conhecimento da própria freguente e motorista Geraldo Duarte de Souza, 25a. Tinha perdido o controle do carro e viu o capotamento. O mesmo reside na Rua: Pedro Vieira Filho, Baixio de Dentro. Filho de: Geraldo de S. Souza e Josefa Duarte de Souza.

## Auto de Resistência à Prisão

No exercício legal de minha função policial, abordei e dei voz de prisão ao acusado \_\_\_\_\_, por ter encontrado o mesmo em flagrante delito de crime e/ou contravenção penal de \_\_\_\_\_ e, porque o infrator não obedecesse, antes resistisse à prisão, apesar das advertências que lhe fiz, foi necessário uso da força moderada e progressiva, empregando para isso \_\_\_\_\_, do que resultou em \_\_\_\_\_.

Para constar, lavro o presente Auto de Resistência à Prisão, que assino com a(s) \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_.

Testemunha(s) \_\_\_\_\_

Condutor: \_\_\_\_\_

1<sup>º</sup> Testemunha \_\_\_\_\_2<sup>º</sup> Testemunha \_\_\_\_\_

documento.

Recebi às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min., de \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ o(s) Acusado(s), armado(s) e/ou objeto(s) descritos neste

Nome: \_\_\_\_\_

Matrícula: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_







**BRASIL**  
**(HTTP://BRASIL.GOV.BR)**

**Serviços Barra GovBr**



**Ministério da Fazenda**  
**Secretaria da Receita Federal do Brasil**

**Comprovante de Situação Cadastral no CPF**

Nº do CPF: **096.758.114-12**

Nome: **ANDREA FELIX DA SILVA**

Data de Nascimento: **22/08/1993**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **29/07/2008**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:39:25** do dia **02/10/2018** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **C99B.B2AF.C826.1B31**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF"  
(/Aplicacoes/SSL/ATCTA/CPF/ImpressaoComprovante/ConsultaImpressao.asp)  
*(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)*





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **023.363.654-48**

Nome: **JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO**

Data de Nascimento: **12/11/1976**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **13/12/1994**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:41:27** do dia **02/10/2018** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **8962.23A4.91E2.CFAD**



Este documento não substitui o [Comprovante de Inscrição no CPF](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# Certidão de Nascimento

NOME:  
**PEDRO GABRIEL FELIX CAVALCANTI**  
MATRÍCULA  
**0723630155 2015 1 00004 066 0001935 11**

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENO) \_\_\_\_\_  
trinta e um de agosto de dois mil e quinze DIA  
31 MÊS  
08 ANO  
2015

HORA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
20:50 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO \_\_\_\_\_  
João Pessoa-PB

MUNICÍPIO DE REGISTRO/U.F. \_\_\_\_\_  
Distrito de Timbó-PB LOCAL DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
Hospital General Edson Ramalho - João Pessoa-PB SEXO \_\_\_\_\_  
masculino

FILIAÇÃO \_\_\_\_\_  
JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO e ANDRÉA FELIX DA SILVA

AVOS \_\_\_\_\_  
Paterno(s): Jonildo Cavalcanti da Silva, falecido e Rosa Varela de Lima  
Materno(s): Sebastião José da Silva e Maria Da Luz Felix da Silva.

GÊMEOS \_\_\_\_\_  
NÃO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) \_\_\_\_\_  
NÃO POSSUI \_\_\_\_\_

DATA DO REGISTRO (POR EXTENO) \_\_\_\_\_  
dez de setembro de dois mil e quinze (10/09/2015). DNV (DEC. NASC. VIVO) \_\_\_\_\_  
30694721320

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES \_\_\_\_\_  
Registro lavrado em 10/09/2015, no livro A-00004, Nº 1935, folha 66.



NOME DO OFÍCIO \_\_\_\_\_  
Cartório do Registro Civil e Notas

OFICIAL REGISTRADOR \_\_\_\_\_  
Maria Aparecida da Silva

MUNICÍPIO/U.F. \_\_\_\_\_  
Distrito de Timbó-PB

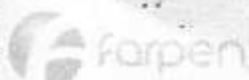
ENDEREÇO \_\_\_\_\_  
Rua Principal S/N - Distrito de Timbó, Jacarau-PB - CEP 58278000  
Fone: (83)3295-5172 E-mail:  
aparecidasilveomilhos@hotmail.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Distrito de Timbó-PB, 10 de Setembro de 2015

*Maria Aparecida da Silva*  
Maria Aparecida da Silva  
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: **AAB18247-NFIF**  
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**CNPJ 06.174.592/0001-44**  
CARTÓRIO DISTRITAL DO REGISTRO CIVIL E NOTAS  
*Maria Aparecida da Silva*  
TITULAR  
*Sebastiana Fernandes da Silva Oliveira*  
ESCREVENTE  
**L TIMBÓ DE JACARAU - PB**



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

Nº 055007 B



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Andrea Feliz da SilvaDATA DO ACIDENTE 01/09/2018 CPF DA VÍTIMA 016.753.114-52PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Jenilda Cavalcanti da Silva FilhoQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  REPRESENTANTE LEGAL  BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É Andrea Feliz da Silva.ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Silvana S. FerreiraNº SIN COMPLEMENTO A E 184 L40 BAIRRO CentroCIDADE Uruaá UF PB CEP 55322-000E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83) 98818-1106

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTE A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

 CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

## DOCUMENTOS DO CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER)

 CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL) INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

## DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (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, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESES

DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTAVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

## DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGE

 PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESES

DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTAVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

 CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER) TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A) E O CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER)

## DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

 DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

## DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(O) DA VÍTIMA

 DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

## DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

 DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

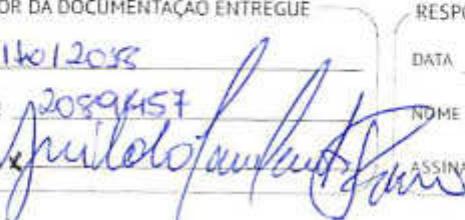
## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01/09/2018

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE 2059457

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA 

ASSINATURA \_\_\_\_\_



**ÚLTIMAS NOTÍCIAS**

09:31

Japão confirma pela primeira vez morte de trabalhador de Fukushima por radiação (<https://portalindependente.com/fukushima-por-radiacao/>)



(<https://portalindependente.com/>)

## JOVEM DA CIDADE DE JACARAÚ MORRE EM GRAVE ACIDENTE NA PB 085

Home ([Https://Portalindependente.Com](https://Portalindependente.Com)) > Policial ([Https://Portalindependente.Com/Editorias/Policial/](https://Portalindependente.Com/Editorias/Policial/)) > JOVEM DA CIDADE DE JACARAÚ MORRE EM GRAVE ACIDENTE NA PB 085





Publicado por Gibal Martiliano | 02.09.2018 às 10:53

Uma jovem da cidade de Jacaraú veio a óbito em um grave acidente na madrugada deste domingo (02), na rodovia PB 085 entre os municípios de Duas Estradas e Sertãozinho, agreste Paraibano.

De acordo com as informações, o acidente aconteceu após a linha férrea próximo ao engenho Serra Limpa, o condutor perdeu o controle do carro e chegou a cair em um pequeno açude as margens da rodovia, o mesmo estava com mais 4 pessoas sendo que a vítima foi a jovem Andréa Felix, filha de Tião do caldo de cana.

Felipe Silva

Compartilhe:



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360596/18

**Vítima:** ANDREA FELIX DA SILVA

**CPF:** 096.758.114-12

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/09/2018

**Titular do CPF:** ANDREA FELIX DA SILVA

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Comprovação de ato declaratório  
Documentos de identificação  
Outros

### PEDRO GABRIEL FELIX CAVALCANTI :

Certidão de nascimento  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO : 023.363.654-48

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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 a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/10/2018  
Nome: JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO  
CPF: 023.363.654-48

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/10/2018  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

JONILDO CAVALCANTI DA SILVA FILHO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA