

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JESSICA CARVALHO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180492596

Vitima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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

Carta nº 13539011



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARINES DE LIMA SOUZA**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180492596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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** 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, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARISTELA FERNANDES DE FREITAS**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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

Carta nº 13543284



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARISTELA FERNANDES DE FREITAS**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180492596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentos de identificação não conclusivo
- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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** 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, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180492596

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARISTELA FERNANDES DE FREITAS

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

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180492596

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MATHEUS CARVALHO DE LIMA

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

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180492596

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JESSICA CARVALHO DE LIMA

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

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180492596

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCA DE LIMA FERNANDES

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

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180492596

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GILBERLANE CARVALHO DE LIMA

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

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180492596

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARINES DE LIMA SOUZA

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

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180492596

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LUCAS CARVALHO DE LIMA

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

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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 com 16 ou 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	Nome completo da vítima
	203 961 044 - 87	Manuel Antônio de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Francisca de Lima Fernandes		467.644.454-00		Aposentada	
Endereço		Número		Complemento	
Sitio Maciel de Lima		50/n			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Área Rural	Quarabura	PB	58200-000		
Email			Telefone (DDD)		

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) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
NRO. 0042	13	NRO. 00053086	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO		NRO	
Nome			
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
NRO.		NRO.	
(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.

Quarabura, 18 de setembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 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 203 961 044-87	Nome completo da vítima Manoel Antonio de Souza
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Mônica Consalvo de Lima		320.354.524-2		Dentista	
Endereço		Número		Complemento	
Prof. Maria Cecília de Oliveira		53		Casa	
Bairro		Estado		CEP	
Centro		PB		5820000	
Email				Telefone (DDD)	
monierlucia1234@gmail.com				8399638-9491	

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

☐ RECURSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☒ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ 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) BANCO _____ NRO. _____ Nome _____
--	--

AGÊNCIA NRO. _____	D/V _____	CONTA NRO. _____	D/V _____
0042	013	26304-0	_____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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.

Quetzalva, 12 de setiembre de 2018

Local e Data

Trisica Pontalho de Lima

Campo 1 - Assinatura de Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0721206 (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 com 16 ou 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	Nome completo da vítima
	203 961 044 87	Manuel Antonio de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gilberto Carlos de Lima	203.961.044-87	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Prof. Maria Ferreira de Almeida	53	Casa
Bairro	Estado	CEP
Centro	PB	582000
Email		Telefone (DDD)
		99990-7235

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

CONTAS BANCÁRIAS (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0042	03	26304	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

CONTAS BANCÁRIAS (Todos os bancos)

BANCO	NOME	INFORMAR
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.
(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.

Guarabira, 18 de setembro de 2018

Local e Data

Gilberto Carlos de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 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	Nome completo da vítima
	203 961 044 - 87	Manuel Antonio de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Matheus Carvalho de Lima	406.001.474-75	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua Maria Cecília de Oliveira	53	Pau
Bairro	Estado	CEP
Centro	PB	5820000
Email		Telefone (DDD)
		8399855 1818

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)	☐ ITAÚ (341)
☒ CADCA ECONÔMICA FEDERAL (104)		

AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
0042	053	226307-	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO	NRO
Nome	
AGÊNCIA	CONTA
NRO.	NRO.
DIV	DIV
(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.

Guarabira 18 de setembro de 2018

Local e Data

Matheus Carvalho de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário com 16 ou 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 203.961.044.87	Nome completo da vítima Manuel Antônio de Lima
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Lucas Carvalho de Lima		CPF titular da conta 103.295.424-23	Profissão
Endereço Prof. Maria Cecília de Oliveira		Número 53	Complemento Casa
Bairro centro	Cidade Guanabara	Estado PB	CEP 5820000
Email		Telefone (DDD) 8399990-7235	

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 NRD 0002	DV 053	CONTA NRD 26304	DV 0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

BANCO Nome		NRD	
AGÊNCIA NRD	DV	CONTA NRD	DV
(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.

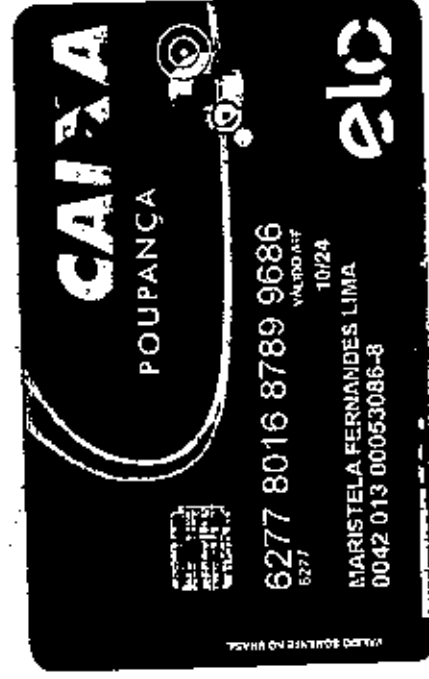
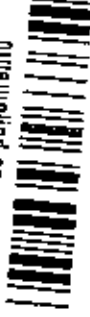
Guanabara, 18 de setembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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 com 16 ou 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

203 963 044 - 87

Nome completo da vítima

Marcel Antonio de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcelo de Souza Souza		CPF titular da conta 4735 21234 - 00	Profissão comerciante
Endereço Rua da Boileira		Número 5/n	Complemento
Bairro Graça	Cidade Rio de Janeiro	Estado RJ	CEP 21236 - 290
Email			Telefone (DDD)

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)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. DV
 CONTA NRO. DV

(Informar dígito se existir)

- ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO. DV
 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.

Quarabira, 12 de setembro de 2018

Local e Data

Marcelo de Souza Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2018

Ocorrência nº. 1007/2018

Aos VINTE E QUATRO dias de SETEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de SOLÂNEA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **PABLO EVERTON MACEDO DO NASCIMENTO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 09h:47min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

MARISTELA FERNANDES DE LIMA, conhecido(a) por **MARISTELA**, Identidade nº 31.218.927-7-SSS/RJ, CPF nº 436.088.924-00, nacionalidade brasileira, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de Manuel Antonio De Lima E Francisca De Lima Fernandes, natural de Culté/PB, nascido(a) em 26/11/1962 (55 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Maciel De Cima, Nº 80, ZONA RURAL, tendo como ponto de referência: próximo ao Bar da Deda, na cidade de GUARABIRA/PB, fone(s) para contato: (83) 99645-2297.

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 a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 18 de setembro de 2015;
- 3) **Horário do fato:** 13h:30min;
- 4) **Local do fato:** NA pb 111, Sítio Riacho de Cachoeira, Solânea/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes, Campina Grande/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** PREJUDICADO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

Moto YAMAHA/YBR 125E, COR AZUL, ANO/MOD 2008/2008, PLACA MON 9426/PB, licenciada no nome de JOSE DE ARIMATEIA DA SILVA

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

8) Breve resumo do fato:

Narra a comunicante que é filha da pessoa de MANUEL ANTONIO DE LIMA, RG 428245 SSP/PB, CPF 203.961.044-87, filho de Antonio Jose de Lima e Julia Josefa da Conceição, nascido em 21/03/1940 e que o mesmo sofreu um acidente automobilístico no endereço, local e horário acima citada, vindo a óbito no dia 18/03/2015 no hospital acima descrito. A comunicante não sabe informar como foi o acidente, haja vista na época do fato a comunicante morar no Rio de Janeiro/RJ, não vindo para o velório. Acontece que só agora a comunicante veio registrar o boletim.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

não tem

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

Maristela Fernandes de Lima
MARISTELA FERNANDES DE LIMA

Comunicante

[Assinatura]
Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.610-1

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Tótil
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-8502

Autentico a presente cópia, reproduzindo fiel e integralmente o conteúdo da verdade.

Guarabira-PB 01/10/2018 10:50:24

Wardiria Toscano de Sales - Titular

(2018-009436) ENCL:RS 2,37 FAPEN:RS 0,26 EPI:RS 0,17 ISS:RS 0,12
SEL DIGITAL: 64N70206-3454

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



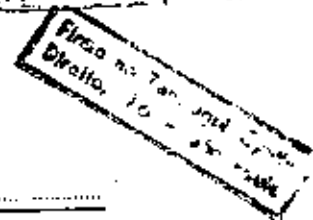
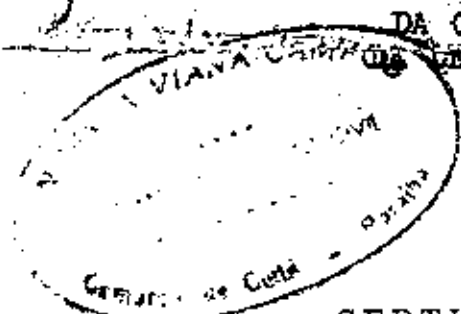
Certidão de casamento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



NOÊMIA VIANA CAMPOS - OFICIAL DO REGISTRO CIVIL
DA COMARCA DE CUITÉ - ESTADO DA PARAÍBA, EM VIRTUDE



CASAMENTO N.º 318

CERTIFICO que as folhas 162 do livro N.º B - 1 de registro de casamentos, foi feito hoje o assento do matrimônio de XXXXXXXXXX de MANUEL ANTÔNIO DE LIMA e FRANCISCA DE LIMA FERNANDES contraído perante o juiz de Direito e dos Casamentos, Dr. Valdeair Carneiro do Nascimento e as testemunhas Gerais Simões Pimenta e Maria Elza de Costa Simões e Maria Justa Simões e S. Ivano Medeiros da Silva, maiores e capazes nestes Comarca.

Março de 1940, profissão agricultor, domiciliado em neste Município e residente em Batentes deste Município filho de ANTONIO JOSÉ DE LIMA, agricultor nascido em neste Estado domiciliado em neste Município e residente em Batentes d/Município e JÚLIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO, doméstica nascida em neste Estado domiciliada em neste Município e residente em Batentes d/Município Ela, nascida em Cuité - Paraíba, aos 31 de Maio de 1944, profissão doméstica, domiciliada em neste Município e residente em Batentes d/Município filha de JOSÉ FRANCISCO FERNANDES, agricultor nascido em neste Estado domiciliado em neste Município e residente em Batentes d/Município e RITA ANTONIA DE LIMA, falecida nascida em neste Estado e residente em XX a qual passa a assinar-se CONTINUOU COM O MESMO NOME a que se refere o artigo 180 Ns I - II do Código Civil.

Foram apresentados os documentos

Observações: CASARAM-SE PELO REGIME DA "COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS"

O referido é verdade e dou fé.

Cuité, 31 de

Janeiro

de 1977

Manoel José de Lima

CELEBRAÇÃO DO CASAMENTO
N.º 318 - 10/01/77
AV. G. L. A. R. 347
FOTO DO CASAMENTO - RIO DE JANEIRO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Certidão de nascimento



Certidão de Nascimento

NOME:

Jéssica Carvalho de Lima

MATRÍCULA

0725610155 1996 1 00036 226 0041023 57

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO) onze de fevereiro de um mil novecentos e noventa e seis			DIA 11	MÊS 02	ANO 1996
HORA DE NASCIMENTO 18:25	MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Guarabira-PB				
MUNICÍPIO DE REGISTRO/UF Guarabira-PB	LOCAL DE NASCIMENTO Maternidade Senhora da Luz, nesta cidade		SEXO feminino		
FILIAÇÃO Gilberto Fernandes de Lima e Rozilene Felipe Carvalho					
AVÓS PATERNO(S): Manuel Antonio de Lima e Francisca de Lima Fernandes MATERNO(S): Antonio Pereira Carvalho e Mariuce Felipe Carvalho					
NÃO					
DATA DO REGISTRO (POR EXTENSO) nove de agosto de um mil novecentos e noventa e seis (09/08/1996).			DNV (DEC. NASC. VIVO) NÃO INFORMADO		

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 09/08/1996, no livro A-80036, Nº 41023, folha 226.

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba
Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR
Mario Flávio da Costa e Souza
SUBSTITUTO
Maria de Fátima P. da Costa
ESCRIVENTE

NOME DO OFICIAL Carônio do Registro Civil: Evandro da Costa
OFICIAL REGISTRADOR Sebastiana Pereira da Costa e Souza
MUNICÍPIO/UF Guarabira-PB
ENDEREÇO Rua Celso de Aguiar, 131 centro Guarabira-PB - CEP: 5820000 FONE: 32711339

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Guarabira-PB, 16 de janeiro de 2013.

Sebastiana Pereira da Costa e Souza
Oficial do Registro Civil

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



GUARABIRA



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Paraná
COMARCA DE Guarabira
MUNICÍPIO DE Guarabira
DISTRITO DE Paraná

Secretaria de Estado da Justiça
Órgão do Registro Civil
Guarabira

NASCIMENTO Nº 43 883

CERTIFICADO QUE, AS RE. 411 da origem A 35
leito nojo o nome do Gilberto Pereira da Silva

nascido a 02 de abril de 1941
moneta e viveu em 02 horas e 50 minutos Horário
Guarabira da região cidade

no Guarabira de 1941 de 1941
procurar que casamento de 1941
desta cidade

Sendo um Homem Amarelo de 1,60 m
com traços de homem permanente
com Antônio Pereira de Guarabira
com Marcelo de Guarabira

com 1,60 m de 1,60 m
com traços de homem permanente
com Antônio Pereira de Guarabira

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL

GUARABIRA - PARANÁ

Schmitt Pereira da Costa e Sá

REGISTRADOR CIVIL

Mário Flávio da Costa e Sá

REGISTRADOR CIVIL SUBSTITUTO

Mário de Fátima Pereira da Costa

EXPEDIENTE

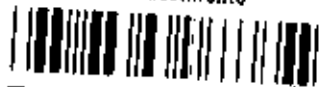
Guarabira de 1941 de 1941
com traços de homem permanente
com Antônio Pereira de Guarabira

Adm. Social Prefeitura Municipal de Guarabira
GOVERNO DE TODOS NÓS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Certidão de nascimento



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Paraíba
COMARCA DE Guarabira
MUNICÍPIO DE Guarabira

CAIXA CRIO DO REGISTRO CIVIL
GUARABIRA - PARAIBA
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL E SAÚDE
REGISTRADOR(A) CIVIL
MARCIA FLEURY ROCHA COSTA
REGISTRADOR(A) CIVIL SUBSTITUTO
MARCIA DE FÁBIO PEREIRA DA COSTA
SECRETARIA

NASCIMENTO N.º 47.525

CERTIFICO que, às fls. 42 do livro A-49 de registro de Nascimento, Foi
feito o assento de Matheus Carvalho de Lima.-
Nascido o 20 de 2001.
às 18 horas e 10 minutos, em Iternidade Maria Julia
Maranhão-Araruama-PB. de sexo masculino
filho de Gilberto Fernandes de Lima
natural de Cuite-PB.
e de Dona Rozilane Felipe Carvalho de Lima
natural de Desta cidade.
Sendo avós paternos Manuel Antonio de Lima
e Dona Francisca de Lima Fernandes.-
e avós maternos Antonio Pereira Orvalho
e Dona Marluce Felipe Carvalho.-
Foi declarante O pai.
Observações: XXXX XXXX
XXXX
XXXX

O referido é verdade; dou fé.

Guarabira-PB. 01 de abril de 2002.

[Assinatura]

Certidão de nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

CAPITULO DO REGISTRO CIVIL

Seu

Maria Filiz da Costa e Souza
1.ª ESCRIVÃO
Maria das Graças Costa
2.ª ESCRIVÃO
Maria da Fátima Pereira da Costa
2.ª ESCRIVÃO

ESTADO DE Paraná
COMARCA DE Guarabira
MUNICÍPIO DE Guarabira
CARTÃO DE XX

Assistente Pereira da Costa e Souza
Oficial do Registro Civil

Oficial do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 41.022

CERTIFICO que, às fls. 226 do livro n.º A-35 de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o assento de Lucas Carvalho de Lima.

Nascido em dezessete de dezembro de noventa e cinco (1955) às 23 horas e 55 minutos em Guarabira cidade de Paraná estado de Paraná filho de Silberto Ferreira de Lima natural de Guarabira - PB e de Dona Roziliane Felipe Carvalho de Lima natural de desta cidade.

Sendo avós paternos Manoel Antônio de Lima e Dona Francisca de Lima Fernandes.
e avós maternos Antônio Pereira Carvalho e Dona Marluce Felipe Carvalho.
Foi declarante O pai.
e serviram de testemunhas Gilvano Marinho da Silva e Jônio Alves dos Santos.
Observações: XX
XX
XX
XX
XX

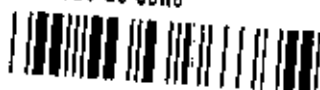
O referido é verdade e dou fé.

Guarabira - PB

09 de agosto de 1995

Assistente Pereira da Costa e Souza

Certidão de óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

Manuel Antonio de Lima

CPF

203.961.044-87

MATRÍCULA:

0725610155 2018 4 00024 189 0018151 19

SEXO

masculino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 75 anos

NATURALIDADE

Cuité-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG nº 428245 SSP-PB

ELEITOR

SIM - Nº 027690331244, Zona: 24

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Antonio José de Lima e Julia Josefa da Conceição. Residência na(s) Praça Cizel, no município de Cuité-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO

dezoito de setembro de dois mil e quinze - 13:30

DIA

18

MÊS

09

ANO

2015

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital do Trauma em Campina Grande PB

CAUSA DA MORTE

Poitraumatismo com lesão pulmonar e hemorragia torácica consecutiva.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério da cidade de Cuité PB

DECLARANTE

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Doutor Josemar Neves Ferreira Júnior - CRM: 2520

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 07/06/2018, no Livro C-00024, Nº 18151, folha 189. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 225119595. Por Mandado da Drª Hilda Antonia Porto Barreto - Juíza de Direito da 3ª vara Mista da Comarca de Guarabira PB, aos 06/06/2018, da Sentença ID nº 10585234.



SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba

Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR

Mario Flávio da Costa e Souza
SUBSTITUTO

Maria de Fátima P. da Costa
ESCREVENTE

Cartório do Registro Civil Evaristo da Costa

Sebastiana Pereira da Costa e Souza

Guarabira-PB

Rua Osório de Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5820000 Fone:
32711339 E-mail: rcpn.evaristocosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Guarabira-PB, 26 de setembro de 2018.

Sebastiana Pereira da Costa e Souza
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: AHG87627-M9RP

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

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

MARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular

Av Dom Pedro II, nº 43, Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000 - Fone: (33) 3271-8502

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original, apresentado. Em testemunho da verdade.

Guarabira-PB 01/10/2018 10:50:24

Mardiria Toscano de Sales - Titular

[2018-0084355] ENOL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 0,17 ISS:R\$ 0,12

SELO DIGITAL: AHG87627-M9RP

Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>





PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



Prefeitura Municipal de
Cacimba de Dentro

ATO

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM / ATENDIMENTO VTR UB3: 01

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 13.09.15	OCORRÊNCIA Nº 943043	PACIENTE / USUÁRIO MARCIAL Antônio de Lima	IDADE	SEXO ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA na 10 III - St. Riquelme de Azevedo (Solimões)		MÉDICO REGULADOR Dra. Fabiana		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITTRANS ☐ OUTRO:				
QTA: ☐ SORRIDO POR TERCEIROS ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ SOCORRIDO PELO BOMBEIRO ☐ LOCAL NÃO ENCONTRADO ☐ OUTRO:				

TIPO DE AGRAVO

☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO	☐ PEDIÁTRICO
☐ AGRESSÃO	☐ PSIQUIÁTRICO
☐ CLÍNICO	☐ QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
☐ DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	☐ QUEDA _____ METROS
☐ ELETROCUSSÃO	☐ QUEMADURAS
☐ F.A.B.	☐ OUTROS
☐ F.A.F. (P.A.F.)	
☐ GINECO-OBSTÉTRICO	
☐ LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

☐ AIDS	☐ DOENÇA MENTAL
☐ ALCOOLISMO	☐ DOENÇA RENAL
☐ AVC	☐ DROGA
☐ CIRURGIAS REALIZADAS	☐ HIPERTENSÃO ARTERIAL
☐ CONVULSÕES	☐ INTERNAÇÕES ANTERIORES
☐ DIABETES	☐ MEDICAMENTOS
☐ DOENÇA CARDÍACA	☐ PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
☐ DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	☐ OUTROS:

DESTINO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

MOTIVO DE TRANSPORTE

☐ APOIO DIAGNÓSTICO ☐ SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE ☐ TRANSFERÊNCIA SIMPLES
☐ OUTRO: _____

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: _____ RESPONSÁVEL: _____ FUNÇÃO: _____

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

colisão moto x carro

Comprovação de elo declaratório



DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30irpm ☐ <30irpm / PULSO RADIAL: ☐ Presente ☐ Ausente / PAS: ☐ >90mm Hg ☐ <90mm Hg

PA: 100 x 80 FC: FR: 110 TEMP: _____ °C - GLICEMIA: 126 mg/dl - E Com a: _____ SpO2s/O2: 75% SpO2d/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Circulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância a Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusion Tissular Renal Ineficaz ☐ Termoregulação Ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação Espontânea Prejudicada ☐ Volume de Líquidos Deficientes ☐ Volume Excessivo de Líquidos ☐ Náusea ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção Sensorial Perturbada ☐ Interação Social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação ☐ Outros _____

INTERVENÇÕES

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Paciente consciente, orientado, sudoreico, dispneico, apresentando ferimento na mão esquerda. O mesmo foi encaminhado pela UBA de Solimões para o Hospital de Trauma de Campina Grande.

Elaine Joyce Almeida Dantas
Enfermeira

MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

E.C.G.

☐ NORMAL ☐ ALTERADO ☐ NÃO REALIZADO

EXAME NEUROLÓGICO

☐ AGITAÇÃO ☐ SONOLÊNCIA ☐ COMA ☐ CONVULSÃO ☐ OTORRAGIA ☐ RIGIDEZ ☐ MIDRIASE

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

☐ ABORTAMENTO ☐ HEMORRAGIA VAGINAL ☐ NORMAL _____ SEMANAS ☐ TRABALHO DE PARTO

☐ OUTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREIDOSTOMIA
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU") ☐ RESPIRADOR ☐ INALAÇÃO DE OXIGÊNIO (O2) ☐ DRENAGEM TORÁCICA
☐ MASSAGEM CARDÍACA EXTERNA ☐ DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO ☐ CONTROLE DE HEMORRAGIA ☐ CURATIVO
☐ PUNÇÃO VENOSA ☐ Sonda GÁSTRICA ☐ Sonda VESICAL ☐ SEDAÇÃO ☐ IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS ☐ COLAR CERVICAL
☐ TALASOTRAÇÃO ☐ OROTRAQUEAL ☐ OUTROS: _____

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

ENCAMINHAMENTO

☐ LIBERADO APÓS ATENDIMENTO ☐ RECUSA O ATENDIMENTO ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

POSIÇÃO DE TRANSPORTE

☐ DECÚBITO DORSAL ☐ DECÚBITO LATERAL ☐ DECÚBITO VENTRAL ☐ SENTADO ☐ ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

ENFERMEIRO(A): _____ COREN: _____ MAT: _____

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: _____ COREN: _____ MAT: _____

CONDUTOR: _____ MAT: _____



SIMONE FELIPE CARVALHO DE OLIVEIRA
RUA MARIA CECY CESAR DE OLIVEIRA, S/N - CENTRO
QUARAERA / PB CEP 58200000 (AG - 27)

Emissão: 05/09/2018 Referência: Set / 2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 220V 1φ 25 - Cód. de Roteiro: João Pessoa / PB - CEP 58011-030
Roteiro: 2 - 22 - 21 - 7050 Nº medidor: 00001010058 Cód. de Roteiro: 147 - Cód. de Roteiro: 16 015 822-0

Nota Fiscal: Nota de Energia Elétrica Nº 012 045 881
Cód. para Dto. Automático: 00007717148

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

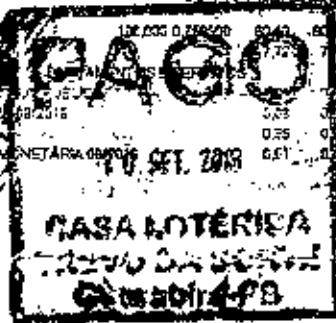
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RAN
Set / 2018	05/09/2018	05/10/2018	507.822.447-6 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 57771764-8

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/08/16	Leitura 24332	Data 05/09/18	Leitura 24429	1
				105
				28

Demonstrativo									
COD	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Base Calc	Alq	Unidade	Base Calc	Porção
0501	Consumo em kWh	105,000	0,000000	80,40	80,40	0,77	27	21,73	80,40
0601	Adic. B. Verme	7,72	0,000000	2,00	2,00	0,26	27	7,72	0,06
0602	CONTABILIZAÇÃO DE JUROS	0,00	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0604	JUROS DE MOROSIDADE	0,00	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0605	MULTA 08/2018	0,00	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0606	ATUALIZAÇÃO INSTABILIDADE	0,00	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00



CCF Código de Classificação do item TOTAL 89,55 99,12 23,78 85,12 0,71 3,21

Média últimos meses (KWh) 13/09/2018 R\$ 99,53

Histórico de Consumo (KWh)									
04	143	129	123	152	127	124	135	131	110
Set/17	143	129	123	152	127	124	135	131	110

RESERVADO AO RISCO a435.8157.c77c.3a73 fa8.824e.5786 e042.

Indicadores de Qualidade				Comparação de Qualidade		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (%)	%
DIMENSIONAL	1,82	0,00	220	Serviço de Out da Energia PB	18,65	18,78
DE TRIMESTRAL	1,82	0,00	220	Compra de Energia	22,95	23,11
DE ANUAL	22,84	0,00	220	Serviço de Transmissão	0,00	0,00
DE BIMESTRAL	0,49	0,00	220	Encargos Setoriais	4,05	4,05
DE TRIMESTRAL	0,91	0,00	220	Projetos de Obras e Encargos	39,57	39,57
DE BIMESTRAL	1,82	0,00	220	Outros Serviços	0,00	0,00
DE ANUAL	0,40	0,00	220			
DE TRIMESTRAL	0,40	0,00	220			
DE BIMESTRAL	0,40	0,00	220			
DE ANUAL	0,40	0,00	220			

ATENÇÃO
Resposta Tensão Média 28/08/18 Res ANEEL nº 2438-Suato Tensão 15,41kV/240V
Resposta Tensão Média 28/08/18 Res ANEEL nº 2438-Ato Tensão 18,75V Médio
Medidor parado/avariado/forçado para medição

Faturas em atraso

Comprovante de residência



SIMONE FELIPE CARVALHO DE OLIVEIRA
RUA MARIA CECY CESAR DE OLIVEIRA, 37N - CENTRO
QUARA/BRIA/PB CEP: 56200000 (AQ-22)

Emissão: 05/09/2018 Referência: Set/2018

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, 2x25 - Cálculo Residência - João Pessoa/PB - CEP: 56071-600
Posto: 2 - 72 - 27 - 7050 1º medidor: 00001310558

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.065.182/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

Motricidade / Conta de Energia Elétrica: 1002045881
CNA para Débito Automático: 90507717148

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RANI
Set / 2018	05/08/2018	05/10/2018	507.822.447-6

UC (Unidade Consumidora): 5/771764-8
Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 05/08/18 Leitura: 24333	Data: 05/09/18 Leitura: 24438	1	105	28

Demonstrativo	
CC - Descrição	Quantidade Total - Valor Base Cóp. Alô. Anc (R\$) Base Cóp. Pa (R\$) Valor (R\$)
0501 Consumo em kWh	105,000 0,16500 0,00 0,27 21,70 60,40 0,05 2,08
0601 Adc. 2 Vendas	1,73 7,73 27 2,08 1,77 0,08 0,28
0507 CONTRIBUIÇÃO DE ILUMINAÇÃO	0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0604 JUROS DE MORATORIA	0,00 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0805 MULTA DE 2018	0,25 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0905 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA DESPESAS	0,01 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

PAGO

10 SET 2018

CASA LOTÉRIKA

TRAV. DAS SERRAS

GUARABUÁ/PB

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 99,53 22,12 22,76 08,12 0,71 2,27

Mês de últimos meses (kWh) 128
VENCIMENTO 13/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 99,53

Histórico de Consumo (kWh)																											
04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Set/18	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Agos/18																

RESERVADO AO FISCO
a435.8f57.c77c.3a73 fa8.824e.5786 e642.

Indicadores de Qualidade				Composição da Cópia		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DC MENSA	5,91	0,00	NOMINAL	Serviço de Ext. da Energia PB	19,85	19,78
DC TRIMESTRAL	11,82			Consumo de Energia	22,04	22,11
DC ANUAL	23,64			Serviço de Transmissão	0,06	0,07
PC MENSA	2,46	0,00	CONTRATADA	Energia Distribuída	4,05	4,08
PC TRIMESTRAL	6,97		1,50x2x50%	Preço de Distribuição e Entrega	39,17	39,26
PC ANUAL	19,95			Outros Serviços	0,00	0,00
OCAR	3,46					
OCAR	2,22					

Valor do EUSO (R\$ 7/2018) R\$ 7,95

ATENÇÃO
Requisite Tarifário Agência 2018/18-RES. ANEEL nº 2.479-2018-Brasília/DF 15.01.18
Requisite Tarifário Agência 2018/18-RES. ANEEL nº 2.479-2018-Brasília/DF 15.01.18
Medidor parado/avariado: Faturado pela média

Faturas em atraso

MARISTELA FERNANDES DE LIMA
ST. MACIEL DE CIMA, S/N - ÁREA RURAL
GUARABERA/PA CEP: 82200-000 (AG 22)

Emissão: 26/08/2018 Referência: Ago/2018
Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B/230 Km20 - Unidade Residencial - Jd. Pôrto Alegre - PA CEP: 82200-000
Folha: 16 - 22 - 214 - 1430 Nº Medidor: 00000457827

Energisa

ENERGISA PLANTAS DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.055.182/0001-49 - Pôrto Alegre - PA CEP: 82200-000

Nº da Fatura / Conta de Energia: EHLIMA 11.706.012
Cód. para DTE: Aut-00010:0001018383

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0195 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a: **Ago/2018** Apresentação: **28/08/2018** Data prevista próxima leitura: **26/09/2018** Cód. de barras: **5107483832**

UC (Unidade Consumidora): **5107483832**

Canal de contato: **0100**

Comprovante de residência



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Unidade
27/07/18	6920	76/08/18	6400	ED

Demonstrativo									
	Valor Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (%)	Valor Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (%)	Valor Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (%)
0501 CONSUMO EM kWh	61.000	0.72	1.190	57.68	57.68	25	14.42	57.68	0.62
0501 Adc. B Vermeia	5.99	5.99	25	1.45	5.99	0.36	7.29	5.99	0.36
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807 CONTRIBUIÇÃO ALUM. PUECA	7.85	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0804 JUROS DE MORA 07/2018	0.08	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0825 MULTA 07/2018	1.29	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0925 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 07/2018	0.03	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

PAGO

29 AGO. 2018

CASA LOTERICA
PRÊMIO DA SORTE
Governo Federal

CCF 00000000000000000000	TOTAL	77.87	77.87	15.97	29.49	0.69	2.17
--------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Medida (último mês) (kWh)	VENIMENTO:	TOTAL A PAGAR:
6400	04/09/2018	R\$ 72,67

Histórico de Consumo (kWh)											
55	57	59	61	63	65	67	69	71	73	75	77
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

RESERVADO AGUARDANDO: 4e.5d9e.47ab.41b3.4063.426a.ab7e.

Indicadores de Qualidade				Composição da Tarifa	
Índice	Limite	Atualizado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DQ TRIMESTRAL	22.81		MONITOR	Servico de Del. de Energia	15.21
DQ ANUAL	45.22			Servico de Energia	27.01
DQ MENSAL	1.82			Servico de Transmissão	2.22
DQ TRIMESTRAL	15.04	0.00	CONTRATADA	Servico de Distribuição	4.22
DQ ANUAL	31.28		LIMITE INFERIOR	Impostos, Debitos e Encargos	26.65
DQ MENSAL	6.19	0.00	LIMITE SUPERIOR	DQ de Energia	0.00
DQ	16.60			Total	72.67

Valor do BUSTO (R\$) 6/2018: 15.49

ATENÇÃO

Requisitos para a emissão de boleto: 1. Rec. Anual nº 339 - Art. 16, IV, Med. 1.074-10/2016

Fatura em atraso

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis site da Seguradora Líder

Declaração de únicos herdeiros



INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: <u>Manuel Antônio de Lima</u>		CPF: <u>2039.61044-82</u>	Data do óbito: <u>18.09.15</u>
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☒ Casado ☐ Viúvo	Teve filhos? ☒ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar: Nº vivos: <u>2</u> Nº falecidos: <u>2</u>	*Deixou nascituro? ☐ Sim ☒ Não
Deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☒ Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:		

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo: <u>Francisca de Lima Fernandes</u>		CPF: <u>467.644.454-00</u>
Local/data:	Assinatura do cônjuge: <u>por Maristela Fernandes de Lima</u>	

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:		CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: <u>Maristela Fernandes de Lima</u>		Grau de parentesco com a vítima: <u>filha</u>	CPF: <u>436.088.922-00</u>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal: <u>Maristela Fernandes de Lima</u>		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo: <u>Gilberto Fernandes de Lima</u>		Grau de parentesco com a vítima: <u>filho</u>	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal: <u>Falecido</u>		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo: <u>Wilson Fernandes de Lima</u>		Grau de parentesco com a vítima: <u>filho</u>	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal: <u>Falecido</u>		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

Nome completo: <u>Marinês de Lima Souza</u>		Grau de parentesco com a vítima: <u>filho</u>	CPF: <u>475521234-00</u>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal: <u>Marinês Lima Souza</u>		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: <u>Sebastião Pontes de Lima</u>		2 - Nome completo:	
CPF: <u>028.365.924-01</u>	Local/data:	CPF: <u>468.360.474-49</u>	Local/data:
Assinatura: <u>Sebastião Pontes de Lima</u>		Assinatura: <u>CARLOS DA SILVA RODRIGUES</u>	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Francisca de Lima Fernandes
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1922916 DATA DE EMISSÃO 17 AGO 1993

NOME FRANCISCA DE LIMA FERNANDES

PAI José Francisco Fernandes
MÃE Rita Adélia de Lima

Cuité-PB. 31-05-1944
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Cas. Nº 318, Fls. 162, Liv. B-1.
DOC. ORIGEM: Cart. de Cuité-PB.

CPF 467.644.454-00

José Pessoa - TO

ASSINATURA DO CARTEIRO

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

Sistema Único de Saúde

FRANCISCA DE LIMA FERNANDES

Data Nasc.: 31/05/1944 Sexo: F

708 4067 0170 7560

Carteira de Saúde

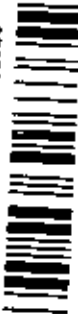
Este documento é de uso pessoal e intransferível.
Cadastrado no sistema de controle do Sistema Único de Saúde.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SUS

Documentos de identificação





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO CIVIL 33.567.666-4	DATA DE EXPIRAÇÃO 02/02/2018
NOME JÉSSICA CARVALHO DE LIMA	
FILIAÇÃO GILBERTO FERNANDES DE LIMA ROZILANE FELIPE CARVALHO	
NATURALIDADE GUARABIRA/PB	DATA DE NASCIMENTO 11/02/1995
C. NASC LIV 00036A FLS 226 TERM 0041023 GUARABIRA PB	
CPF 120.154.524-27	
001 1 Vm	
LEI Nº 7.118 DE 20/06/03	

CARTÃO DE IDENTIDADE	
<i>Jéssica Carvalho de Lima</i>	
0253	0253
0253	0253
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 REGISTRO GERAL 4.188.426 DATA DE EXPEDIÇÃO 11/09/2013
 NOME GILBERLANE CARVALHO DE LIMA
 FILIAÇÃO GILBERTO FERNANDES DE LIMA
 ROSILANE FELIPE CARVALHO DE LIMA
 NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 11/04/1999
 DOG ORIGEM NASC.N. 43883 FLS. 41 LIV. A39
 CARTÓRIO GUARABIRA PB
 CPF 706.001.644-97
 Assinatura do Diretor
 LEI Nº 7.118 DE 19/08/83

CARTEIRA DE IDENTIDADE
 Gilberlane Carvalho de Lima
 1
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE
 ESTADO DA PARAIBA
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 P-062



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.096.301
NOME	LUCAS CARVALHO DE LIMA
FILIAÇÃO	GILBERTO FERNANDES DE LIMA ROZILANE FELIPE CARVALHO DE LIMA
NATURALIDADE	GUARABIRA-PB
DOC ORIGEM	703.295.724-23
NASC. N.	41022 FLS. 226 LIV. A36
CARTÓRIO	GUARABIRA-PB
DATA DE NASCIMENTO	17/12/1995
703.295.724-23	
ABRILIANO DE OLIVEIRA NETO	
LEIA A VIDE DE 2008	



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

703.295.724-23

Nome

LUCAS CARVALHO DE LIMA

Nascimento

17/12/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
89EF.00DD.C8BC.0272

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:07:13 do dia 23/08/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA CASA CIVIL
DETRAN - DIRETORIA DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

 Polegar Direito 0207 

Maristela Fernandes de Lima
Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 31.218.927-7 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/09/2014

NOME
MARISTELA FERNANDES DE LIMA

FILIAÇÃO
MANUEL ANTONIO DE LIMA

FRANCISCA DE LIMA FERNANDES

NATURALIDADE PARAÍBA DATA DE NASCIMENTO 26/11/1962

DOC. ORIGEM C. CASM LIV B11 FLS 50 TERM 3026
GUARABIRA PB

CPS 436.088.924-00
001 1. Vm

FORMADO PELA 1. VIERA
FOTOCOPIADO DETRAN RJ
DATE: 24/09/2014

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

Documentos de identificação



NASCIMENTO
 26.11.62

INSCRIÇÃO NO CPF
 436 088 924 00

CONTRIBUINTE
 MARISTELA FERNANDES DE FREITAS

Assinatura: *[Assinatura]*
 Recebido em 26/11/62

NASCIMENTO
 26.11.62

INSCRIÇÃO NO CPF
 436 088 924 00

CONTRIBUINTE
 MARISTELA FERNANDES DE FREITAS

Assinatura: *[Assinatura]*
 Recebido em 26/11/62

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Maristela Fernandes de Freitas

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
 COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS E FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
 CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

Assinatura: *[Assinatura]*

COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA MANOEL ANTONIO DE LIMA

DATA DO ACIDENTE 13/09/2015 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 203961044-87

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.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- ☐ 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptuários 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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

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) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ 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)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☒ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

Outros

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) MARISTELA FERNANDES DE LIMA
 Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 436088924-00
 E-mail _____ Tel. 83 9645 2297
 Data 03/10/2016 Assinatura Maristela Fernandes de Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Roberta Maria de Carvalho Júnior AC - GUARABIRA
 Atendente Gerente da AC/BR Matrícula 3441564-0
 Data 03/10/2016 Assinatura [Assinatura]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

Gilberto Fernandes de Lima

MATRÍCULA:

0725610155 2015 4 00021 103 0016167 97

SEXO masculino	COR	ESTADO CIVIL E IDADE casado, 51 anos
NATURALIDADE/UF Cataldi-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº: 1177034 SSP-PB
ELEITOR SIM - Nº 002699141210, Zona: 10 -		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) Manuel Antonio de Lima e Francisca de Lima Fernandes. Residência na(o) Rua Aurora Porpino, 38 Alto da Boa Vista, no município de Guarabira-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO três de março de dois mil e quinze - 06:50		
LOCAL DO FALECIMENTO Hospital Regional no município de Guarabira-PB		
CAUSA DA MORTE Parada Cardíaca Respiratória.		
NOME DO MÉDICO / CRM Dr. Aluisio Paredes Moreira - CRM: 1600		LOCAL DO SEPULTAMENTO Bom Jesus nesta cidade no município de Guarabira-PB
DECLARANTE Darcilda Geane Fernandes de Freitas, brasileira		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 03/03/2015, no Livro C-00021, Nº 16167, folha 103. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 211565454. O extinto era casado civilmente neste cartório com Rozilene Felipe Carvalho da Lima, de quem debia 04 filhos e uma neta. Era eleitor.		

NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil Evaristo da Costa
OFICIAL REGISTRADOR Sebastiana Pereira da Costa e Souza
MUNICÍPIO/UF Guarabira-PB
ENDEREÇO Rua Osório de Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5620000 Fone: 32711339 E-mail: ropn.evaristocosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Guarabira-PB, 3 de Março de 2015

Sebastiana Pereira da Costa e Souza
Sebastiana Pereira da Costa e Souza
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: AAN01666-T2G9

Consulte a autenticidade em: <https://sistodotribunajuz.br>

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba
Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR
Mario Flávia da Costa e Souza
SUBSTITUTO
Mario de Fátima P. da Costa
ESCREVENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

Gilberto Fernandes de Lima

MATRÍCULA:

0725610165 2015 4 00021 103 0016167 97

SEXO masculino	COR	ESTADO CIVIL E IDADE casado, 51 anos
NATURALIDADE/UF Cuité, PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº: 1177034 SSP-PB
ELEITOR SIM - Nº 002699141210, Zona: 10 -		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) Manoel Antônio da Lima e Francisca da Lima Fernandes. Residência: Rua Aurora Pôrto, 38 Alto da Boa Vista, no município de Guarabira-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO três de março de dois mil e quinze - 05:50		DIA 03
LOCAL DO FALECIMENTO Hospital Regional no município de Guarabira-PB		MES 03
CAUSA DA MORTE Parada Cardíaca Respiratória.		ANO 2015
NOME DO MÉDICO / CRM Dr. Aluisio Parades Moreira - CRM: 1600		LOCAL DO SEPULTAMENTO Bon Jesus nesta cidade no município de Guarabira-PB
DECLARANTE Danila Geane Fernandes de Freitas, brasileira		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 03/03/2015, no Livro C-00021, Nº 16167, folha 103. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 211595454. O extinto era casado civilmente neste cartório com Rozilene Felipe Carneiro da Lima, da quem possui 04 filhos e uma casa. Era eleitor.		
NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil Evaristo da Costa		O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
OFICIAL REGISTRADOR Sebastiana Pereira da Costa e Souza		Guarabira-PB, 3 de Março de 2015
MUNICÍPIO/UF Guarabira-PB		<i>Sebastiana Pereira da Costa e Souza</i> Sebastiana Pereira da Costa e Souza Oficial do Registro Civil
ENDEREÇO Rua Osório de Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5820000 Fone: 32711339 E-mail: rcp.evaristocosta@gmail.com		Selo Digital: AAN01666-T2G9 Consulte a autenticidade em: http://selo.diaodigital.pb.gov.br

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba
Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR
Mario Flávio da Costa e Souza
SUBSTITUTO
Maria de Fátima P. da Costa
ESCREVENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

Gilberto Fernandes de Lima

MATRÍCULA:

0725610155 2015 4 00021 103 0016167 87

SEXO masculino	COR	ESTADO CIVIL E IDADE casado, 51 anos
NATURALIDADE/UF Cuitagi-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº: 1177034 SSP-PB
ELEITOR SIM - Nº 002699141210, Zona: 10-		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) Manuel Antonio de Lima e Francisca de Lima Fernandes. Residência: Rua Aures Porpato, 38 Alta da Boa Vista, no município de Guarabira-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO Três de março de dois mil e quinze - 05:50		DIA 03
LOCAL DO FALECIMENTO Hospital Regional no município de Guarabira-PB		MES 03
CAUSA DA MORTE Parada Cardíaco Respiratória.		ANO 2015
NOME DO MÉDICO / CRM Dr Aluisio Parades Moreira - CRM: 1600		LOCAL DO SEPULTAMENTO Bon Jesus nesta cidade no município de Guarabira-PB
DECLARANTE Danketa Goane Fernandes da Freitas, brasileira		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 03/03/2015, no Livro C-00021, Nº 16167, folha 103. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 211595454. O extinto era casado civilmente neste cartório com Rozilene Felipe Cavallio de Lima, do qual possui 04 filhos e uma casa. Era eleitor.		
NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil Evaristo da Costa		O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé
OFICIAL REGISTRADOR Sebastiana Pereira da Costa e Souza		Guarabira-PB, 3 de Março de 2015
MUNICÍPIO/UF Guarabira-PB		<i>Sebastiana Pereira da Costa e Souza</i> Sebastiana Pereira da Costa e Souza Oficial do Registro Civil
ENDEREÇO Rua Celso de Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5820000 Fone: 32711339 E-mail: rcp.evaristocosta@gmail.com		Selo Digital: AAN01666-T2G9 Consulte a autenticidade em: https://selo.dicim.gov.br/jus.br

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba
Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR
Mario Flávio da Costa e Souza
SUBSTITUTO
Maria de Fátima P. da Costa
ESCRIVÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
Gilberto Fernandes de Lima

MATRÍCULA:
0725610155 2015 4 00021 103 0018167 97

SEXO masculino	COR	ESTADO CIVIL E IDADE casado, 51 anos
NATURALIDADE/UF Cuitogi-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº: 1177034 SSP-PB
ELETOR SIM - Nº 002699141210, Zona: 10 -		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) Manuel Antonio da Lina e Francisca de Lima Fernandes. Residia na(o) Rua Aurea Porpho, 38 Alto da Boa Vista, no município de Guarabira-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO três de março de dois mil e quinze - 05:50		DIA 03
		MÊS 03
		ANO 2015
LOCAL DO FALECIMENTO Hospital Regional no município de Guarabira-PB		
CAUSA DA MORTE Parada Cardio Respiratória.		
NOME DO MÉDICO / CRM Dr. Atulsio Parades Moreira - CRM: 1600		LOCAL DO SEPULTAMENTO Bon Jesus nesta cidade no município de Guarabira-PB
DECLARANTE Danila Geane Fernandes de Freitas, brasileira		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 03/03/2015, no Livro C-00021, Nº 15167, folha 103. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 211595454. O extinto era casado civilmente neste cartório com Rozilene Felipe Carvalho de Lima, de quem deixou 04 filhos e uma casa. Era eleitor.		
NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil Evaristo da Costa		O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
OFICIAL REGISTRADOR Sebastiana Pereira da Costa e Souza		Guarabira-PB, 3 de Março de 2015
MUNICÍPIO/UF Guarabira-PB		<i>Sebastiana Pereira da Costa e Souza</i> Sebastiana Pereira da Costa e Souza Oficial do Registro Civil
ENDEREÇO Rua Osório de Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5620000 Fone: 32711339 E-mail: ropn.evaristocosta@gmail.com		Selo Digital: AAN01666-T2G9 Consulte a autenticidade em: http://aefod.jus.br/jus.br

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba
Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR
Mario Flávio da Costa e Souza
SUBSTITUTO
Maria de Fátima P. do Costa
ESCRIVÃO


CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL
GUARABIRA - PARAIBA
Sebastião Pereira da Costa e Souza
REGISTRADORA CIVIL
Mário Flávio da Costa e Souza
REGISTRADOR CIVIL SUBSTITUTO
Mário de Fátima Pereira da Costa
ESCREVENTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Paraíba
COMARCA DE Guarabira
MUNICÍPIO DE Guarabira
DISTRITO DE XXXXX

Sebastiana P. da Costa e Souza.-

XXXX Registradora do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 4972

CERTIFICO que, às fls. 62, do livro n.º A-05, de Registro de Nascimentos,
foi feito.- XXXX o assento de Gerson de Lima Fernandes.-

nascido aos vinte.(20) de abril.(04) de mil novecentos e
setenta e sete.(1977), às 3 horas e 00 minutos, em Hospital
do SESP, nesta cidade.-

XXXX, do sexo masculino.-
filho de Manuel Antônio de Lima.-
natural de Cuité-PB.-
e de Dona Francisca de Lima Fernandes.-
natural de Cuité-PB.-

Sendo avós paternos Antonio José de Lima.-
e Dona Júlia Josefa da Conceição.-
e avós maternos José Francisco Fernandes.-
e Dona Rita Adélia de Lima.-

Foi declarante O pai.-
e serviram de testemunhas Elias Pedro Felismino e
José Rodrigues da Rocha.-

Observações: Registro Feito Em: 02.05.1977.-

XX XX
XX XX
XX XX
XX XX
XX XX

Oferendo fé e verdade e dou fé.
Guarabira-PB.- 09 de Julho.(07) de 19 98.-

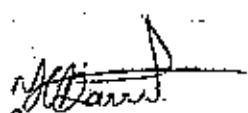
Mário Flávio da Costa e Souza
Oficial

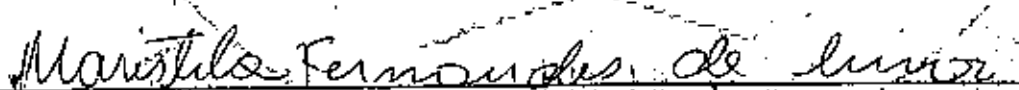


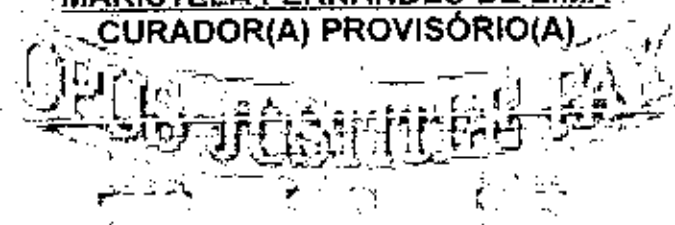
PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE GUARABIRA
JUIZO DA 3ª VARA

TERMO DE COMPROMISSO DE CURATELA PROVISÓRIA

Aos 16 (dezesesseis) dias do mês de agosto de 2018, nesta cidade de Guarabira-PB, no edifício do Fórum desta Comarca, onde presente se encontrava o(a) Exm^ª Sr.^ª Dr.^ª **HÍGIA ANTÔNIA PORTO BARRETO**, Juiz(a) de Direito do Juízo da 3.ª Vara desta Comarca, comigo Técnico Judiciário, ao final assinado, ai compareceu o(a) Sr.^ª **MARISTELA FERNANDES DE LIMA**, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 31218927-7 DETRAN-RJ e CPF nº 436.088.924-00, filho(a) de Manuel Antônio de Lima e de Francisca de Lima Fernandes, residente e domiciliado(a) no Sítio Maciel de Cima, Zona Rural do Município de Guarabira-PB, a quem o(a) MM. Juiz(a) deferiu o compromisso de Curador(a) Provisório de(a) **FRANCISCA DE LIMA FERNANDES**, brasileiro(a), portador(a) do RG nº 1922916 - SSPPB e CPF nº 467.644.454-00, filho(a) de José Francisco Fernandes e de Rita Adélia de Lima, residente no mesmo endereço do postulante, encarregando-o(a) para bem e fielmente desempenhar com os deveres inerentes ao cargo para qual foi nomeado(a), conforme despacho exarado nos autos do processo de Interdição, nº 0801436-79.2018.815.0181. O(A) curador(a), devidamente qualificado(a) neste termo, prometera cumprir sem dolo, sem malícia, de pura e sã consciência, o encargo para qual fora confiado, zelando convenientemente da pessoa e dos eventuais bens do(a) interditando(a), conforme o estatuto no NCPC. Do que para constar o presente termo, que lido e achado conforme via devidamente assinado. Eu, _____, Técnico Judiciário o digitei e assino.


HÍGIA ANTÔNIA PORTO BARRETO
= Juiz(a) de Direito =


MARISTELA FERNANDES DE LIMA
CURADOR(A) PROVISÓRIO(A)


JUIZO DA 3ª VARA

Hora 3 Cartão SUS

4 Naturalidade

CITE 110

Município / UF (se estrangeiro indicar País)

Identificação

1 Tipo de óbito

1 Fetal

2 Não Fetal

2 Data do óbito

18/09/2015

Hora

3 Cartão SUS

4 Naturalidade

CITE 110

Município / UF (se estrangeiro indicar País)

5 Nome do Falecido

MANUEL ANTONIO DE LIMA

6 Nome do Pai

ANTÔNIO JOSE DE LIMA

7 Nome da Mãe

JULIA JOSEFA DE LIMA

8 Data de nascimento

21/03/1940

9 Idade

75

Anos completos

Meses

Dias

Horas

Minutos

Segundos

Ignorado

9

10 Sexo

1 M - Masc.

2 F - Fem.

3 Ignorado

9

11 Raça/Cor

1 Branca

2 Preta

3 Amarela

4 Parda

5 Indígena

9

12 Situação conjugal

1 Solteiro

2 Casado

3 Viúvo

4 Separado judicialmente

5 União estável

9 Ignorado

Código CBO 2002

13 Escolaridade (última série concluída)

Nível

0 Sem escolaridade

1 Fundamental I (1ª a 4ª Série)

2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)

3 Médio (antigo 2º grau)

4 Superior incompleto

5 Superior completo

Ignorado

9

14 Ocupação habitual

(informar anterior, se aposentado / desempregado)

15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)

PRACA DO CITAL

Número

Complemento

16 CEP

17 Bairro/Distrito

FACMACAO

Código

18 Município de residência

COTE

Código

19 UF

20 Local de ocorrência do óbito

1 Hospital

2 Outros estabelecimento

3 Domicílio

4 Via pública

5 Outros

6 Aldeia indígena

Ignorado

9

21 Estabelecimento

HOSPITAL - PRACINHA DO CITAL

Código CNES

22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)

AV. FROSTAS POIXOTO

Número

Complemento

23 CEP

24 Bairro/Distrito

SERRAVALLE

Código

25 Município de ocorrência

CAMPINA GRANDE

Código

26 UF

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

27 Idade (anos)

28 Escolaridade (última série concluída)

Nível

0 Sem escolaridade

1 Fundamental I (1ª a 4ª Série)

2 Fundamental II (5ª a 8ª Série)

3 Médio (antigo 2º grau)

4 Superior incompleto

5 Superior completo

Ignorado

9

29 Ocupação habitual

(informar anterior, se aposentada / desempregada)

Código CBO 2002

30 Número de filhos vivos

31 Nº de gestações

32 Tipo de gravidez

33 Tipo de parto

34 Morte em relação ao parto

35 Peso ao nascer

36 Número da Declaração de Nascimento

37 A morte ocorreu

38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?

39 Necropsia?

40 Causas da morte

41 Causas antecedentes

42 Nome do Médico

43 CRM

44 Obito atestado por Médico

45 Município e UF do SVO ou PRL

46 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)

47 Data do atestado

48 Assinatura

49 Prováveis circunstâncias de morte não natural

50 Fonte da informação

51 Descrição sumária do evento

52 Endereço do local do acidente ou violência

53 Cartório

54 Registro

55 Data

56 Declarante

57 Testemunhas

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

235

236

237

238

239

240

241

242

243

244

245

246

247

248

249

250

251

252

253

254

255

256

257

258

259

260

261

262

263

264

265

266

267

268

269

270

271

272

273

274

275

276

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguros DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381659/18

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

CPF: 203.961.044-87

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/09/2015

Titular do CPF: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARINES DE LIMA SOUZA : 475.521.234-00

Autorização de pagamento
Documentos de identificação

MARISTELA FERNANDES DE FREITAS : 436.088.924-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUCAS CARVALHO DE LIMA : 703.295.724-23

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MATHEUS CARVALHO DE LIMA : 706.001.774-75

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GILBERLANE CARVALHO DE LIMA : 706.001.644-97

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JESSICA CARVALHO DE LIMA : 120.154.524-27

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

FRANCISCA DE LIMA FERNANDES : 467.644.454-00

Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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 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

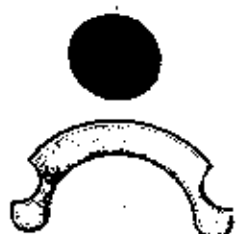
Data da entrega: 19/10/2018
Nome: MARISTELA FERNANDES DE FREITAS
CPF: 436.088.924-00

MARISTELA FERNANDES DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: MONICA REGINA DE FRANÇA DA SILVA
CPF: 033.853.567-50

MONICA REGINA DE FRANÇA DA SILVA



Seguro

DPVAT

Seguradora Líder



Scanned by CamScanner



PESO (kg) 0,212 MANDOU, CHEGOU.
100313 3 BR



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT 1800 0221204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
2 0 0 3 1 2 0 5	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT
Seguradora Líder

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

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

Site: www.dpvatsegurodotransito.com.br

AC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



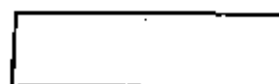
Twitter.com/dpvatoficial

Blog: www.viversegurodotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MARISTELA FERNANDES DE LIMA		13 99645229	
ENDEREÇO / Address			
SÍTIO MACIEL DE LIMA, S/N ZONA RURAL			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58200000	GUARARÁ		



RECOLLAR MATERIAIS É PRESERVAR O NOSSO AMBIENTE



DEVOLUÇÃO (Return)		(Gr15)
☐ MUDOU-SE (moved)	☐ FALCOU (passed)	
☐ REQUERIDO (request)	☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE (insufficient Address)	
☐ DESCRITIVO (description)	☐ NÃO COSTE O NÚMERO INDICADO (insufficient Number)	
☐ NÃO PROCURADO (not found)	☐ OUTROS (other)	
☐ AUSENTE (absent)		
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1. / / 2. / / 3. / /		
☐ Informação prestada pelo porteiro ou síndico (information provided for doorman or condo manager)		
☐ Reintegrado ao serviço postal em / / (reinstated to service post)		
Data / / Responsável		

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0381659/18

Vítima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

CPF: 203.961.044-87

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/09/2015

Titular do CPF: MANOEL ANTONIO DE LIMA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

MARINES DE LIMA SOUZA : 475.521.234-00

Autorização de pagamento
Documentos de identificação

MARISTELA FERNANDES DE FREITAS : 436.088.924-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

LUCAS CARVALHO DE LIMA : 703.295.724-23

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

MATHEUS CARVALHO DE LIMA : 706.001.774-75

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

GILBERLANE CARVALHO DE LIMA : 706.001.644-97

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

JESSICA CARVALHO DE LIMA : 120.154.524-27

Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

FRANCISCA DE LIMA FERNANDES : 467.644.454-00

Autorização de pagamento
Certidão de casamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

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 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: 19/10/2018
Nome: MARISTELA FERNANDES DE FREITAS
CPF: 436.088.924-00

MARISTELA FERNANDES DE FREITAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: MONICA REGINA DE FRANÇA DA SILVA
CPF: 033.853.567-50

MONICA REGINA DE FRANÇA DA SILVA

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA DE LIMA FERNANDES

Nº Sinistro: 3180492596

Vitima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180492596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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** 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

Carta nº 13538534



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS CARVALHO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180492596

Vitima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180492596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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** 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, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARINES DE LIMA SOUZA**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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

Carta nº 13538609



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **LUCAS CARVALHO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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

Carta nº 13538625



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA DE LIMA FERNANDES

Nº Sinistro: 3180492596

Vitima: MANOEL ANTONIO DE LIMA

Data do Acidente: 18/09/2015

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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

Carta nº 13538733



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MATHEUS CARVALHO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180492596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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** 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, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GILBERLANE CARVALHO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180492596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência 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** 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, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GILBERLANE CARVALHO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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

Carta nº 13538905



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JESSICA CARVALHO DE LIMA
Nº Sinistro: 3180492596
Vitima: MANOEL ANTONIO DE LIMA
Data do Acidente: 18/09/2015
Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180492596**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER 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** 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, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MATHEUS CARVALHO DE LIMA**

Nº Sinistro: **3180492596**

Vitima: **MANOEL ANTONIO DE LIMA**

Data do Acidente: **18/09/2015**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180492596**.

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

Carta nº 13538992

