



Número: **0802922-02.2018.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **12/12/2018**

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

Assuntos: **Indenização por Dano Material, Indenização por Dano Moral**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
HERDEIROS DE MANUEL ANTONIO DE LIMA (AUTOR)	ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)
JESSICA CARVALHO DE LIMA (AUTOR)	ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)
LUCAS CARVALHO DE LIMA (AUTOR)	ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)
MARINES DE LIMA SOUZA (AUTOR)	ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)
GILBERLANE CARVALHO DE LIMA (AUTOR)	ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)
MATHEUS CARVALHO DE LIMA (AUTOR)	ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)
FRANCISCA DE LIMA FERNANDES (AUTOR)	ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)
MARISTELA FERNANDES DE FREITAS (AUTOR)	ANTONIO TEOTONIO DE ASSUNCAO (ADVOGADO)
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45631792	12/07/2021 15:04	Petição	Petição
45631794	12/07/2021 15:04	2618697_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
45631796	12/07/2021 15:04	2618697_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JESSICA CARVALHO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180492596

Vítima: 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

Pag. 01423/01424 - carta_01 - MORTE



Carta nº 13539011



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180492596**

Vítima: **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

Pag. 00049/00044 - carta_03 - MORTE



Carta nº 13539073



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180492596**

Vítima: **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

Pag. 01425/01426 - carta_01 - MORTE



Carta nº 13543284



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180492596**

Vítima: **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

Pag. 01159/01160 - carta_03 - MORTE



Carta nº 13544058





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

Rio de Janeiro, 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 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

Pag. 00797/00798 - carta_16 - MORTE



Carta nº 14246750





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

Rio de Janeiro, 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 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.

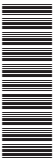
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00799/00800 - carta_16 - MORTE

00020400



Carta nº 14246965





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

Rio de Janeiro, 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 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

Pag. 00801/00802 - carta_16 - MORTE



Carta nº 14246968





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00803/00804 - carta_16 - MORTE



Carta nº 14246991





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

Rio de Janeiro, 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 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.

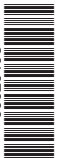
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00805/00806 - carta_16 - MORTE

00020403



Carta nº 14247021





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

Rio de Janeiro, 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.

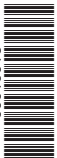
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00029/00030 - carta_16 - MORTE

00010015



Carta nº 14247038





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

Rio de Janeiro, 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.

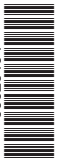
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00807/00808 - carta_16 - MORTE

00020404



Carta nº 14247040



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 203 961 044 . 87	Nome completo da vítima Manuel Antônio de Lima
---------------------------	-----------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisca de Lima Fernandes		CPF titular da conta 467.644.454-00	Profissão Aposentada
Endereço Sítio Maciel de Lima		Número 501 n	Complemento
Bairro Área Rural	Cidade Quarabura	Estado PB	CEP 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0042 DIV 13 CONTA NRO. 00053086 DIV 8 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NRO. _____ AGÊNCIA NRO. _____ DIV _____ CONTA NRO. _____ 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.

Quarabura, 18 de setembro de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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 Lima
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Teresa Corralho de Lima		CPF titular da conta 320.354.524-2	Profissão Dono
Endereço Rua Prof. Maria Cecília de Oliveira	Número 53	Complemento Casa	
Bairro Centro	Cidade Guanabara	Estado PB	CEP 5820000
E-mail thanielteresa1234@gmail.com			Telefone (DDD) 8399688491

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	☒ 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ NRQ _____	
AGÊNCIA NRO. 0042	DV 03	CONTA NRO. 26304-0	DV 0
(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, 12 de setembro de 2018

Local e Data

Teresa Corralho de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



Autorização de pagamento



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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

203 961 044 87

Nome completo da vítima

Manuel Antonio de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gilberto Carvalho de Lima	CPF titular da conta 746.091.644-97	Profissão Estudante
Endereço Rua Maria Serilha de Oliveira	Número 53	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Guaraltes	CEP 58200-0
Email	Estado PB	Telefone (DDD) 33990-7235

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)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0002	DV 533	CONTA NRO. 26304	DV 0
(Informar dígito se existir)		(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.

Assinatura 18 de setembro de 2018

Local e Data

Gilberto Carvalho de Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 15:04:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071215042285500000043361989>
 Número do documento: 21071215042285500000043361989

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 203 961 044-87	Nome completo da vítima Manuel Antonio de Lima
---------------------------	---------------------------------	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Matheus Carvalho de Lima	CPF titular da conta 203.961.044-87	Profissão Estudante
Endereço Rua Maria Cecília de Oliveira	Número 53	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Guarabira	CEP 5820000
Email	Estado PB	Telefone (DDD) 83 99855-1818

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

☐ RECURSO 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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0042	D/V 013	CONTA NRO. 226307-	D/V 0
(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

FAPPE.001 V001/2017



Autorização de pagamento



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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 403.295.724-23	Profissão
Endereço Prof. Maria Sicilho de Oliveira	Número 53	Complemento Rosa	
Bairro Centro	Cidade Guarabira	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)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NR0: 0042 DV: 033 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome: _____ NR0: _____ (Informar dígito se existir)	
CONTA NR0: 26304 DV: 0 (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NR0: _____ DV: _____ (Informar dígito se existir)	
		CONTA NR0: _____ 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.

Guarabira, 18 de setembro de 2018

Local e Data

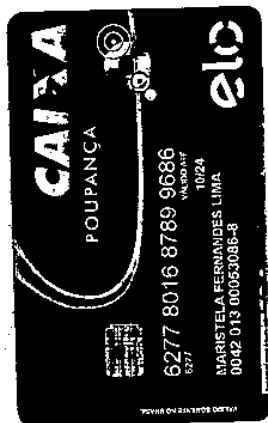
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Autorização de pagamento



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

Marcelo Antonio de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcelo de Lima Souza		CPF titular da conta 4735 21 234 - 00	Profissão Comerciante
Endereço Avenida do Comércio		Número 5/n	Complemento
Bairro Jardim	Cidade Rio de Janeiro	Estado RJ	CEP 21235 - 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

- ☐ RECURSO 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

Nº.

DV

CONTA

Nº.

DV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

DV

CONTA

Nº.

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.

Quaratingá, 12 de setembro de 2018

Local e Data

Marcelo de Lima Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

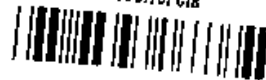
FAPPE.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 15:04:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071215042285500000043361989>

Número do documento: 21071215042285500000043361989



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, ai, 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, Riço(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

Escrivão(o)/Agente
Matrícula nº 168.610-1



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3271-4502



Autenticado a presente cópia, reproduzindo fiel e integralmente o apresentado. Em testemunho da verdade,
Guarabira-PB 01/10/2018 10:50:24
Wardiría Toscano de Sales - Titular
(2018-009436) ENCL:R3 2,37 FAPEN:R4 0,26 EPI:R3 1/1 ISS:R4 0,12
SELO DIGITAL: 64N70206-3694
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SERVIDOR LÍNGUA PORTUGUESA 18-09-2018 18:45 228758 1/1



Certidão de casamento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



NORMIA 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 assentamento do matrimônio de XXXXXXXXXXXXXXXX MANUEL ANTONIO DE LIMA FRANCISCA DE LIMA FERNANDES contraído perante o juiz de Direito e dos Casamentos, Dr. Valdecir Carneiro do Nascimento e as testemunhas Geraldo Simões Pimenta e Maria Elza da Costa Simões e Maria Justa Simões e S. Ivano Medeiros da Silva, maiores e capazes nestes Comarca.

Marco 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 RITA APOLIA DE LIMA, falecida nascida em neste Estado domiciliada em XX e residente em XX a qual passa a assinar-se CONTINUOU COM O MESMO NOME

Foram apresentados os documentos a que se refere o artigo 180 Ns I - II do Código Civil.

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

O referido é verdade e dou fé.
Cuité, 31 de Janeiro de 1977.

CELESTE TAV. RODRIGUES
ANTONIO RODRIGUES
Av. G. A. A. 1000, 100
Faz. do Castelo - 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 cinco			DIA 11	MÊS 02	ANO 1995
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-00036, 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 ESCREVENTE					
NOME DO OFICIAL Cartório do Registro Civil - Evanildo da Costa					
OFICIAL REGISTRADOR Sebastiana Pereira da Costa e Souza					
MUNICÍPIO UF Guarabira-PB					
ENDEREÇO Rua Odório 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
Sebastiana Pereira da Costa e Souza
Oficial do Registro Civil

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

220261 A

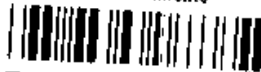


Atos Sociais Prefeitura Municipal de Guarabira
GOVERNO DE TODOS NÓS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Certidão de nascimento



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Paraíba JUARAIMA PARAÍBA
COMARCA DE Guarabira REGISTRO CIVIL
MUNICÍPIO DE Guarabira REGISTRO CIVIL SUBSTITUTO

NASCIMENTO Nº 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 aos vinte e cinco de julho de 2001.
às 18 horas e 10 minutos, em ternidade Maria Julia
Maranhão-Araguaia-PB. do sexo masculino
filho o 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: XXXXX 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

Selo

Maria Fátima da Costa e Souza
1.ª ESCRIVENTE
Marta das Graças Costa
1.ª ESCRIVENTE
Marta de Fátima Pereira da Costa
1.ª ESCRIVENTE

ESTADO DE Paraná
COMARCA DE Guarabira
MUNICÍPIO DE Guarabira
CARTÓRIO DE XX

Maristela Pereira da Costa e Souza
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.

Nasceu em	dezessete (17)	de	dezembro	de mil novecentos e
noventa e cinco (1995)	23	hora e	23	minutos em
senhora da Luz, nesta cidade.				Maternidade
				masculino.
Filho de	Silberto Ferreira de Lima.			
natural de	Guarabira-PR			
e de Dona	Rosilene Felipe Carvalho de Lima;			
natural de	desta cidade.			

Sendo avós paternos Marcel 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-PR 09 de agosto de 1995

Assinatura eletrônica

BL 10 FLB, PAPEL OFF-SET 75 GR/L, FORM. 207X207

GRAFSET

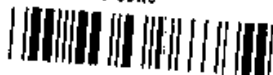
COD. 8550



Autentico a presente copia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
 Guarabira-PB 01/10/2018 10:50:24
 Wardria Toscano de Sales - Titular
 [2010-000435] ENOL:R\$ 2,37 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,7 ISS:R\$ 0,12
 SELLO DIGITAL: AHA70205-NGUT
 Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>



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 13

SEXO

masculino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 75 anos

NATURALIDADE

Cuitá-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG nº 428245 SSP-PB

ELEITOR

SIM - Nº 027690331244, Zona: 24

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Antonio José de Lima e Júlia Josefa da Conceição. Residência(s) Praça Cízel, no município de Cuitá-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

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

DIA MÊS ANO
 18 09 2015

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital do Trauma em Campina Grande PB

CAUSA DA MORTE

Pneumotórax com lesão pulmonar e hemorragia torácica consecutiva.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério da cidade de Cuitá 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 Higia 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
 ESCRIVENTE

Cartório do Registro Civil - Evento da Costa

Sebastiana Pereira da Costa e Souza

Guarabira-PB

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dote:

Guarabira-PB, 26 de setembro de 2018.

Sebastiana Pereira da Costa e Souza
 Oficial do Registro Civil

Selo Digital: AHA97627-M9RP

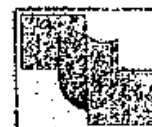
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>





PREFEITURA MUNICIPAL DE CACIMBA DE DENTRO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



Prefeitura Municipal de
Cacimba de Dentro

FICHA DE REGULAÇÃO ENFERMAGEM / ATENDIMENTO VTR UBS: 01

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA 13.09.15	OCORRÊNCIA Nº 943043	PACIENTE / USUÁRIO MARCUS ANTONIO DE LIMA	IDADE	SEXO ☒ MASC. ☐ FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA na PB III - St. Riquelme de cacimba (Solânea)		MÉDICO REGULADOR Dra. Fabiana		
APOIO NO LOCAL: ☐ PM ☐ RESGATE BOMBEIROS ☐ RESGATE PRF ☐ CPTRAN ☐ SITRANS ☐ 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	☐ QUEIMADURAS
☐ F.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	☐ INTERMEDIOS 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)

coluna moto x carro

Comprovação de ato declaratório



DADOS VITAIS

VVAA: ☐ LIVRE ☐ OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO: ☐ >30rpm ☐ <30rpm / 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% SpO2e/O2: _____

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Confusão Aguda ☐ Deambulação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Desobstrução Ineficaz das VVAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cardiorrespiratória Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Gastrointestinal Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal Ineficaz ☐ Termorregulação 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, responde, apresentando ferimento na mão esquerda, o mesmo foi encaminhado para UBS de Solânea 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

☐ CÚLTROS: _____

DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

DIAGNÓSTICOS

PROCEDIMENTOS

☐ DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS ☐ INTUBAÇÃO NASO/OROTRAQUEAL ☐ CÂNULA OROFARÍNGEA ☐ CRICOTIREOSTOMIA
☐ 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 ☐ ELEVACÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

RECUSA

NOME: _____ R.G.: _____

ASSINATURA: _____

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

MÉDICO: _____ CRM: _____ MAT: _____

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

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

NDUTOR: _____ MAT: _____



Comprovante de residência



SIMONE FELIPE CARVALHO DE OLIVEIRA
RUA MARIA CECY CESAR DE OLIVEIRA, S/N, CENTRO
GUAPARAERÁ/PB CEP: 58200-000 (AQ 22)
Emissão: 05/09/2018 Referência: Set / 2018
Código Subtela: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, 125 - Cód. de Referência: 1460 Pessoa/PB - CEP: 08071-000
Roteiro: 7 - 22 - 21 - 7050 Nº medidor: 00001010058

Energisa

ENERGISA PARCEL - GESTORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 08.958.939/0001-47 Ins. Est: 18.015.823-0

Nº de Faturamento: 00001010058
Cód. para Dts. Automático: 0000717848

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

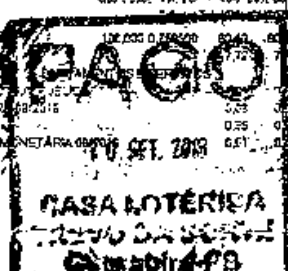
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	05/09/2018	05/10/2018	607.822.447-6 Ins. Est

UC (Unidade Consumidora): 57771784-8

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/08/16	Leitura 24332	Data 05/09/18	Leitura 24439	1
				106
				28

Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor	Extensão	Alq	Extensão	Base	Extensão
0501	Consumo em kWh	106	kWh	0,75	79,50	27	21,73	80,40	0,85
0501	Adc. B. Verificação	7	h	2,00	7,72	27	2,00	7,72	0,06
0501	CONTROLE DE QUALIDADE	1	h	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0501	CONTROLE DE QUALIDADE	1	h	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0501	MULTA 08/09/18	1	h	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00
0501	ATUALIZAÇÃO DE TÁRIFA 08/09/18	1	h	0,00	0,00	27	0,00	0,00	0,00



CC: Código de Classificação do Item TOTAL 99,55 99,55 23,75 85,18 0,71 3,27

Médo: Últimos meses (kWh) 106
VENCIMENTO 13/09/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 99,53

Histórico de Consumo (kWh)									
04	03	02	01	12	11	10	09	08	07
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18

RESERVADO AO RISCO a435.8f57.c77c.3e73 fa8.824e.5786 e642.

Indicadores de Qualidade			Discriminação		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Valor (V)	%
DIVISÃO	1,31	0,00	Serviço de Out. de Emergência	19,85	19,78
OT. TRIMESTRAL	1,32	0,00	Demora de Serviço	22,04	33,11
OT. ANUAL	21,84	0,00	Tempo de Atendimento	0,04	0,07
OT. MENSAL	6,93	0,00	Encargos Estorados	1,05	4,88
OT. TRIMESTRAL	6,91	0,00	Encargos Diretos e Indiretos	39,17	83,95
OT. ANUAL	13,95	0,00	Outros Serviços	0,06	0,00
OT. MENSAL	8,48	0,00			
OT. TRIMESTRAL	2,27	0,00			

Valor do BPS (Ref 11/2016) R\$7,95

ATENÇÃO
Preço Tarifa: 0,75 kWh - R\$ 0,79 - 12/07/2021 15:04:23
Preço Tarifa: 0,75 kWh - R\$ 0,79 - 12/07/2021 15:04:23
Medidor: 00001010058

Faturas em atraso



[illegible]

4444th 6th / Corby St. Entrance: 4th Floor N7022 045 881
 4444th 6th / Corby St. Entrance: 4th Floor N7022 045 881

AUC (Unidade Consumidora): 51771764-8
 Canal de contato: 51771764-8

Cód. Código de Classificação de Item	TOTAL	99.53	99.13	23.76	99.13	0.71	3.27
--------------------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Histórico de Consumo (kWh)											
Ed	100	123	129	133	125	121	126	131	125	110	106
Set/10	Out/10	Nov/10	Dez/10	Jan/11	Fev/11	Mar/11	Abr/11	Mai/11	Jun/11	Jul/11	Agos/11

Indicadores de Qualidade			Compartilhado da Companhia		
Limites da ANEEL	Acurado	Limite de Tensão (V)	Distribuidora	Valor	%
DC PENSA	5,91	0,00	Serviço de Atend. da Emergência	18,86	10,78
DC TRIMESTRAL	1,87	NONEIA	Compras de Energia	27,56	30,11
DC ANUAL	2,64		Serviço de Transmissão	3,05	3,07
DC PENSA	3,48		Transmissão de Energia	8,16	4,88
DC TRIMESTRAL	6,87	0,00	Atendimento Clientes Emergência	39,17	35,36
DC ANUAL	10,65		Dados de Serviço	0,00	0,00
DC PENSA	8,48				
DC TRIMESTRAL	12,72				

ATENÇÃO
 Requerente Tereza - Vendedoras: 2475-8845 - ANEEL nº 2475-Baixa Yaraide nº 2175-1040
 Requerente Tereza - Vendedoras: 2875-1040 - ANEEL nº 2475-8845 - Tereza 2875-1040
 *Medida provisória em vigor de 24/04/2012



00000000000000000000000000000000

19:14:22: 00016:0554

H:\Info\Globe for Entropy Police NT012045881
 - Call page 018. Awaiting for: 00007717342

Acces: www.energis.com.be

CPS/ CNPI/ RANI
07.822.447-8

5/771764-8

Canal de contact



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800.083.0196		Acesso: www.energia.org.br	
Conta referente a	Apresentação	Data de emissão	CNPJ
Ago/2018	28/08/2018	próxima leitura	44.056.824-09
UC (Unidade Consumidora)		5/1074838-2	
Canal de contato			

Abstract

P A G O
29 AGO. 2018

CASA LOTENCA
PRÉCIO DA SORTE
CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

FCI COMPOSITE CLASSIFICATION SYSTEM TOTAL	77.57	73.48	15.87	83.49	0.09	2.17
---	-------	-------	-------	-------	------	------

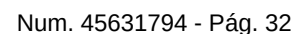
HISTÓRICO DE CONSUMO (KW/h)											
55	57	59	61	63	65	67	69	71	73	75	77
Agos17	Sep17	Out17	Nov17	Dez17	Jan18	Fev18	Mar18	Abr18	Mai18	Jun18	Jul18

RESERVADO AGLB2005-001-004e.5d9e.47ab.41b3.4063.426a.ab7e.

[illegible]

Wednesday, 12/20/2023 12:42

Atenção: Este documento contém informações confidenciais. Não distribua para terceiros sem autorização expressa da ANEEL. Faturas 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>2039.61044-87</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> N° falecidos: <u>2</u>
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):	

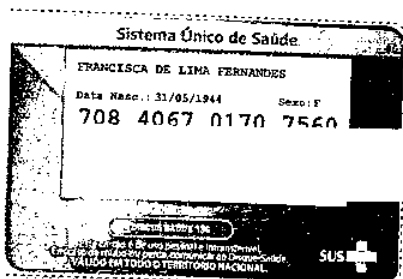
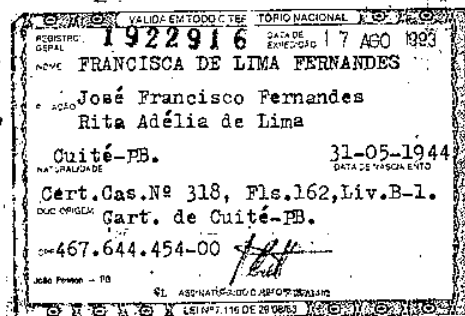
Nome completo: <u>Marinês de Lima Souza</u>	Grau de parentesco com a vítima: <u>filho</u>	CPF: <u>475521234-00</u>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal: <u>Marinês Lima Souza</u>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: <u>Sebastião Pontes de Lima</u>	2 - Nome completo:
CPF: <u>028.765.924-01</u>	CPF: <u>468.360.474-49</u>
Local/data:	Local/data:
Assinatura: <u>Sebastião Pontes de Lima</u>	Assinatura: <u>CARLOS DA SILVA RODRIGUES</u>

DUBS.001 V001/2018





Documentos de identificação

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 33.567.666-4 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/02/2018

NOME JESSICA CARVALHO DE LIMA

PAI GILBERTO FERNANDES DE LIMA

MÃE ROZILANE FELIPE CARVALHO

NATALIDADE GUARABIRA/PB DATA DE NASCIMENTO 11/02/1995

C. NASC. LIV 00036A FLS 226 TERM 0041023

GUARABIRA PB

CPF 120.154.524-27

001

LEI Nº 7.112 DE 2006

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

0233

Polígono Dente

0233

Polígono Dente



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.198.426	DATA DE EMISSÃO	11/09/2013
NOME	GILBERTANE CARVALHO DE LIMA		
FILIAÇÃO	GILBERTO FERNANDES DE LIMA ROSILANE FELIPE CARVALHO DE LIMA		
NATURALIDADE	GUARABIRA-PB	DATA DE NASCIMENTO	11/04/1999
DOC. OSESA NASC. N. 43893 FLS. 41 LIV. A39 CARTÓRIO GUARABIRA PB			
COT	706.001.644-97		
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 15:04:23			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Carteira de Identificação

Nome: Gilbertane Carvalho de Lima

CPF: 706.001.644-97

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 15:04:23

Documentos de identificação



Documentos de identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.096.301
NOME	LUCAS CARVALHO DE LIMA
DATA DE EXPECIÇÃO	18/09/2012
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
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 15:04:23	

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





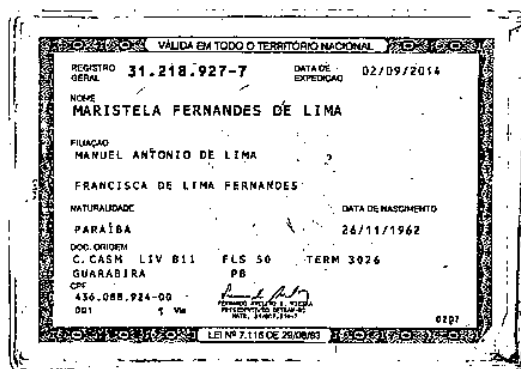
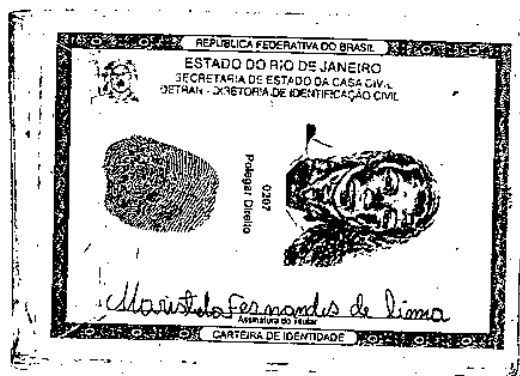
CÓDIGO DE CONTROLE
89EF.00DD.C8BC.0272

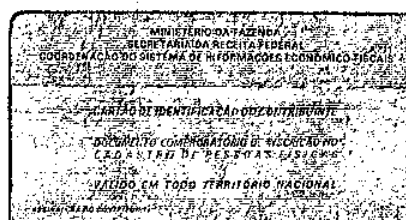
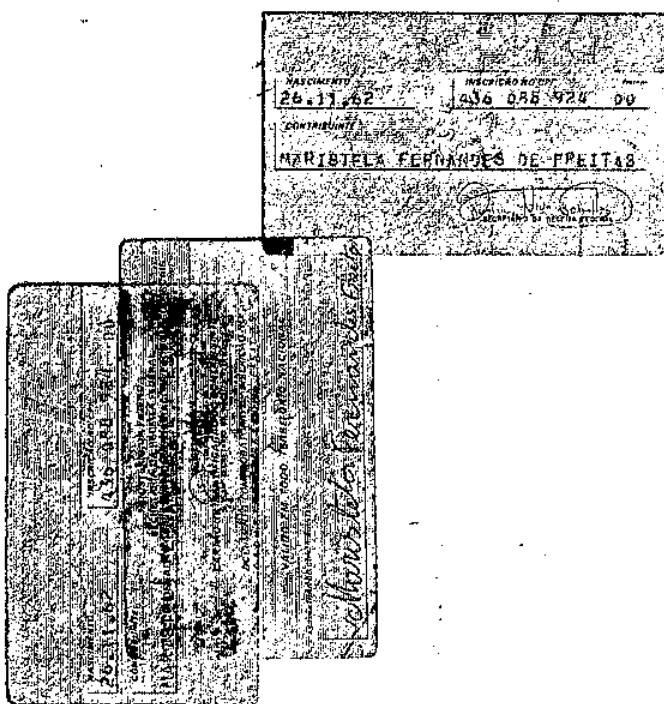
A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

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







SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



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 20.396.1044-87

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 Invalidéz 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
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários 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)
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☒ 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 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:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) MARISTELA FERNANDES DE LIMA
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador: 436.088.934-00
 E-mail: Tel. 63.9645.2297
 Data: 02/10/2015 Assinatura: Maristela Fernandes de Lima

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC - GUARABIRA
 Atendente: AC/087-1 Matrícula: 15441564-0
 Data: 02/10/2015 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 Catolé-GP		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. Rostila na(o) Rua Aurora Portno, 38 Apto 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		MÊS 03
CAUSA DA MORTE Parada Cardíaca Respiratória.		ANO 2015
NOME DO MÉDICO / CRM Dr. Aluisio Paredes Moreira - CRM: 1600		LOCAL DO SEPULTAMENTO Bom Jesus nesta cidade no município de Guarabira-PB
DECLARANTE Daniela Geane Fernandes de Freitas, brasileira		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro levantado em 03/03/2015, no Livro C-00021, Nº 16167, folha 103. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 211595454. O enterro era casado civilmente neste cartório com Rostila Felipe Carneiro da Lima, de quem debra 04 filhos e uma filha. Era eleitor.		
NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil - Evaristo da Costa		
OFICIAL REGISTRADOR Sebastião Pereira da Costa e Souza		
MUNICÍPIO/UF Guarabira-PB		
ENDEREÇO Rua Osório de Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5620000 Fone: 32711339 E-mail: rcpn.evaristocosta@gmail.com		

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Guarabira-PB, 3 de Março de 2015

Sebastião Pereira da Costa e Souza
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: AAN01666-T2G8

Consulte a autenticidade em: <https://sistodocregistro.pb.jus.br>

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba
Sebastião P. da Costa e Souza
TITULAR
Mario Flávio 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 Cuitogi-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 na(o) Rua Aurora Pórpheo, 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 Paradas Moreira - CRM: 1600		LOCAL DO SEPULTAMENTO Bon Jesus nesta cidade no município de Guarabira-PB
DECLARANTE Danirita 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 de Lima, do qual possui 04 filhos e uma casa. Era melhor.		
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: rcp@evaristocosta@gmail.com		Selo Digital: AAN01666-T2G9 Consulte a autenticidade em: https://selo.dlptb.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
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 97

SEXO masculino	COR	ESTADO CIVIL E IDADE casado, 51 anos
NATURALIDADE/UF Cullogi-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº: 1177034 SSP-PB
ELEITOR SIM - Nº 002699141210, Zona: 10 -		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) Manoel Antonio de Lima e Francisca de Lima Fernandes. Residência (no) Rua Aurora Porpito, 38 Alto da Boa Vista, no município de Guarabira-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO 16 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 Aluisio Paredes Moreira - CRM: 1600		LOCAL DO SEPULTAMENTO Bom Jesus nesta cidade no município de Guarabira-PB
DECLARANTE Danista 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 extrato em anexo encontra-se devidamente assinado pelo Rótulo Fátima Cavallini de Lima, da quem consta 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: rcpn.evaristocosta@gmail.com		Selo Digital: AAN01666-T2GB Consulte a autenticidade em: https://selodigital.tjpb.jus.br

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





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

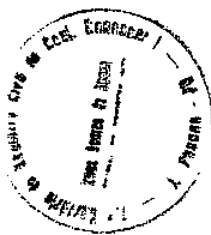
SEXO masculino	COR	ESTADO CIVIL E IDADE casado, 51 anos
NATURALIDADE/UF Cuitogi-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº: 1177034 SSP-PB
ELETOR SIM - Nº 002699141210, Zona: 10 -		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) Manoel Antonio da Lima e Francisca de Lima Fernandes. Residência Rua Aures Porpino, 38 Alto 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		MÊS 03
CAUSA DA MORTE Parada Cardíaco Respiratória.		ANO 2015
NOME DO MÉDICO / CRM Dr. Aluisio Peres Moreira - CRM: 1600		LOCAL DO SEPULTAMENTO Bom Jesus nesta cidade no município de Guarabira-PB
DECLARANTE Danila Geana 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 Carvalho da Lima, da quem teve 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: rcpi.evaristocosta@gmail.com		Selo Digital: AAN01666-T2G9 Consulta e autenticidade em: http://seledigital.tjpb.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
ESCREVENTE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL

7º Cartório Civil da Cidade de João Pessoa
Capital do Estado da Paraíba
IRENE GOMES DE SOUZA
OFICIAL



ÓBITO Nº 6.126

CERTIFICO que, às fls. 131 do livro Nº 2.7 de registro de óbitos consta que foi lavrado e arquivado neste Cartório no dia 19 de julho de 1978 o assento de Quilon de Lima Fernandes, falecido a 05 de julho de 1978, às 20:40 horas, em virtude de DMO, que a vítima de sexo masculino, de cor morena, profissão maiorista, natural de Quilombos, residente e domiciliado em este Estado com filho de idade, estado civil solteiro, filho de Idaume de Almeida de Souza, profissão professora, residente em este Estado e de D. Fátima de Souza, natural de este Estado, de profissão professora.

Foi declarante Paulo Gomes da Costa, sendo o atestado de óbito firmado por Paulo Gomes da Costa, cel. 1979, que deu causa de morte mal por causas de mau e doença, uma e outra de mau e doença, uma e outra de mau e doença, uma e outra de mau e doença.

O sepultamento feito no cemitério de Quilombos, este Estado.

Observações: O falecido era eleito, nao deu seu voto, nao deu seu voto, nao deu seu voto.

O referido é verdade e dou fé.

João Pessoa 20 de julho de 1978
OFICIAL




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.-

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

Ostendo a verdade e dou fé.

Guarabira-PB.-

09 de

Julho.(07)

de 19

98.-

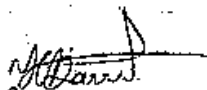
Mário Flávio da Costa e Souza
Oficial



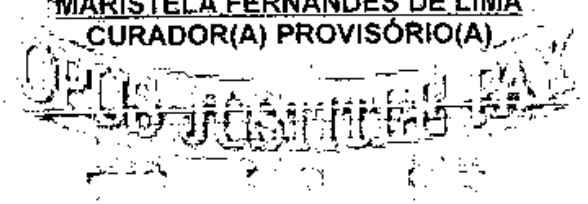
PODER JUDICIÁRIO
ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE GUARABIRA
JUIZO DA 3ª VARA

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^{ta} 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 - SSPB 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 estatuido 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)





Hora 3 Cartão SUS

4 Naturalidade

CUIÇÁ 110

Município / UF (se estrangeiro informar País)

1 Tipo de óbito

1 ☐ Fetal2 ☒ Não Fetal

2 Data do óbito

18/09/2015/13h30

6 Nome do Falecido

MANUEL ANTÔNIO DE LIMA

6 Nome do Pai

ANTÔNIO JOSE DE LIMA

7 Nome da Mãe

JULIA JOSEFA DA CONCEIÇÃO

8 Data de nascimento

21/03/1940

9 Idade

75

Anos completos

Meses

Dias

Horas

Minutos

Ignorado

13 Escolaridade (última série concluída)

Nível

0 ☐ Sem escolaridade1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série)2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)3 ☐ Médio (antigo 2º grau)4 ☐ Superior incompleto5 ☐ Superior completo

Ignorado

Série

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

RUA DO CICAL

17 Bairro/Distrito

VACARIA

Código

18 Município de residência

CUIÇÁ

Código

19 UF

PE

20 Local de ocorrência do óbito

1 ☐ Hospital2 ☐ Outros estabelecimento3 ☐ Domicílio4 ☐ Via pública5 ☐ Outros6 ☐ Indígena7 ☐ Ignorado

21 Estabelecimento

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA

CUIÇÁ

Código CNES

22 CEP

520

23 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)

RUA FROSTAS PEREIRA

24 Bairro/Distrito

SERRA D'ÁGUA

Código

25 Município de ocorrência

CAMPINA GRANDE

Código

26 UF

PE

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 escolaridade1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série)2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)3 ☐ Médio (antigo 2º grau)4 ☐ Superior incompleto5 ☐ Superior completo

Ignorado

Série

29 Ocupação habitual

(informar anterior, se aposentada / desempregada)

Código CBO 2002

30 Número de filhos vivos

31 Número 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 Assinatura

38 Assinatura

39 Assinatura

40 Assinatura

41 Assinatura

42 Assinatura

43 Assinatura

44 Assinatura

45 Assinatura

46 Assinatura

47 Assinatura

48 Assinatura

49 Assinatura

50 Assinatura

51 Assinatura

52 Assinatura

53 Assinatura

54 Assinatura

55 Assinatura

56 Assinatura

57 Assinatura

58 Assinatura

59 Assinatura

60 Assinatura

61 Assinatura

62 Assinatura

63 Assinatura

64 Assinatura

65 Assinatura

66 Assinatura

67 Assinatura

68 Assinatura

69 Assinatura

70 Assinatura

71 Assinatura

72 Assinatura

73 Assinatura

74 Assinatura

75 Assinatura

76 Assinatura

77 Assinatura

78 Assinatura

79 Assinatura

80 Assinatura

81 Assinatura

82 Assinatura

83 Assinatura

84 Assinatura

85 Assinatura

86 Assinatura

87 Assinatura

88 Assinatura

89 Assinatura

90 Assinatura

91 Assinatura

92 Assinatura

93 Assinatura

94 Assinatura

95 Assinatura

96 Assinatura

97 Assinatura

98 Assinatura

99 Assinatura

100 Assinatura

101 Assinatura

102 Assinatura

103 Assinatura

104 Assinatura

105 Assinatura

106 Assinatura

107 Assinatura

108 Assinatura

109 Assinatura

110 Assinatura

111 Assinatura

112 Assinatura

113 Assinatura

114 Assinatura

115 Assinatura

116 Assinatura

117 Assinatura

118 Assinatura

119 Assinatura

120 Assinatura

121 Assinatura

122 Assinatura

123 Assinatura

124 Assinatura

125 Assinatura

126 Assinatura

127 Assinatura

128 Assinatura

129 Assinatura

130 Assinatura

131 Assinatura

132 Assinatura

133 Assinatura

134 Assinatura

135 Assinatura

136 Assinatura

137 Assinatura

138 Assinatura

139 Assinatura

140 Assinatura

141 Assinatura

142 Assinatura

143 Assinatura

144 Assinatura

145 Assinatura

146 Assinatura

147 Assinatura

148 Assinatura

149 Assinatura

150 Assinatura

151 Assinatura

152 Assinatura

153 Assinatura

154 Assinatura

155 Assinatura

156 Assinatura

157 Assinatura

158 Assinatura

159 Assinatura

160 Assinatura

161 Assinatura

162 Assinatura

163 Assinatura

164 Assinatura

165 Assinatura

166 Assinatura

167 Assinatura

168 Assinatura

169 Assinatura

170 Assinatura

171 Assinatura

172 Assinatura

173 Assinatura

174 Assinatura

175 Assinatura

176 Assinatura

177 Assinatura

178 Assinatura

179 Assinatura

180 Assinatura

181 Assinatura

182 Assinatura

183 Assinatura

184 Assinatura

185 Assinatura

186 Assinatura

187 Assinatura

188 Assinatura

189 Assinatura

190 Assinatura

191 Assinatura

192 Assinatura

193 Assinatura

194 Assinatura

195 Assinatura

196 Assinatura

197 Assinatura

198 Assinatura

199 Assinatura

200 Assinatura

201 Assinatura

202 Assinatura

203 Assinatura

204 Assinatura

205 Assinatura

206 Assinatura

207 Assinatura

208 Assinatura

209 Assinatura

210 Assinatura

211 Assinatura

212 Assinatura

213 Assinatura

214 Assinatura

215 Assinatura

216 Assinatura

217 Assinatura

218 Assinatura

219 Assinatura

220 Assinatura

221 Assinatura

222 Assinatura

223 Assinatura

224 Assinatura

225 Assinatura

226 Assinatura

227 Assinatura

228 Assinatura

229 Assinatura

230 Assinatura

231 Assinatura

232 Assinatura

233 Assinatura

234 Assinatura

235 Assinatura

236 Assinatura

237 Assinatura

238 Assinatura

239 Assinatura

240 Assinatura

241 Assinatura

242 Assinatura

243 Assinatura

244 Assinatura

245 Assinatura

246 Assinatura

247 Assinatura

248 Assinatura

249 Assinatura

250 Assinatura

251 Assinatura

252 Assinatura

253 Assinatura

254 Assinatura

255 Assinatura

256 Assinatura

257 Assinatura

258 Assinatura

259 Assinatura

260 Assinatura

261 Assinatura

262 Assinatura

263 Assinatura

264 Assinatura

265 Assinatura

266 Assinatura

267 Assinatura

268 Assinatura

269 Assinatura

270 Assinatura

271 Assinatura

272 Assinatura

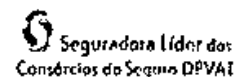
273 Assinatura

274 Assinatura

275 Assinatura

276 Assinatura

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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MANOEL ANTONIO DE LIMA

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

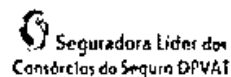
Autorização de pagamento
Certidão de nascimento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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

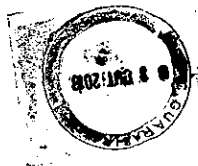
MARISTELA FERNANDES DE FREITAS

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





SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Receiver		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT 1500 0221204	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
20031-205	RIO DE JANEIRO	RJ	BRASIL



Scanned by CamScanner





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



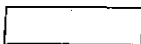
Twitter.com/dpvatoficial

Rua: www.viversegurodotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMITENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
MARISTELA FERNANDES DE LIMA		33 99645219	
ENDEREÇO / Address			
SÍTIO MARCEL DE CIMA, S/N ZONA RURAL			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58200900	GUARARA		



RECYCLAR MATERIAIS É IMPORTANTE O NÃO AUSENTE

DEVOLUÇÃO (Return)		(Cont)
☐ NÃO DEVOLVER	☐ NÃO DEVOLVER	
☐ REEMBOLSO	☐ REEMBOLSO	
☐ REEMBOLSO	☐ REEMBOLSO	
☐ REEMBOLSO	☐ REEMBOLSO	
☐ REEMBOLSO	☐ REEMBOLSO	
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)		
1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.		
☐ Informação prestada pelo portador ou síndico		
☐ Reintegrado ao serviço postal em		
Data / / Responsável		

Scanned by CamScanner



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

Vítima: 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

Pag. 01149/01150 - carta_03 - MORTE



Carta nº 13538534



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: LUCAS CARVALHO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180492596

Vítima: 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

Pag. 01151/01152 - carta_03 - MORTE



00060576

Carta nº 13538564



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180492596**

Vítima: **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

Pag. 00049/00050 - carta_01 - MORTE



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

Pag. 01415/01416 - carta_01 - MORTE



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCA DE LIMA FERNANDES

Nº Sinistro: 3180492596

Vítima: 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

Pag. 01417/01418 - carta_01 - MORTE



Carta nº 13538733



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180492596**

Vítima: **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

Pag. 01153/01154 - carta_03 - MORTE



Carta nº 13538782



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180492596**

Vítima: **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

Pag. 01155/01156 - carta_03 - MORTE



Carta nº 13538830



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GILBERLANE CARVALHO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180492596

Vítima: 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

Pag. 01419/01420 - carta_01 - MORTE



Carta nº 13538905



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JESSICA CARVALHO DE LIMA

Nº Sinistro: 3180492596

Vítima: 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

Pag. 01157/01158 - carta_03 - MORTE



Carta nº 13538935



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180492596**

Vítima: **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

Pag. 01421/01422 - carta_01 - MORTE





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE GUARABIRA/PB

INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:

Data Limite do Ajuizamento: 17/09/2018

Data do Ajuizamento: 12/12/2018

Processo n.º 08029220220188150181

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCISCA DE LIMA FERNANDES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

Exa., quanto ao pedido administrativo, cumpre informar que o acionamento realizado pelas demandantes se deu apenas em 10/10/2018, momento em que a prescrição já teria ocorrido, motivo este que ocasionou o cancelamento do pedido, em razão da prescrição. Desta forma, trata-se de uma aventura processual, visto a prescrição do pedido!

QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO

PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO – SÚMULA 405 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

Inicialmente, mister ressaltar que o prazo prescricional para ajuizamento da presente ação é de três anos, segundo preceitua **artigo 206, § 3º, IX, do Código Civil**¹, sendo este prazo ratificado pelo Superior Tribunal de Justiça desde 2009 através da **Súmula 405**².

Verificou-se no caso em epígrafe a ocorrência da prescrição da pretensão da parte autora ao recebimento do seguro, **tendo em vista que a morte ocorreu em 18/09/2015**, e que, segundo dispõe o art. 206, § 3º, ix do Código Civil c/c a súmula 405 do STJ, a pretensão de cobrança de indenização relativa ao seguro obrigatório **DPVAT prescreve em três anos**.

Perceba Exa., que a presente ação foi distribuída em 12/12/2018, outrossim, o acionamento administrativo realizado pelas demandantes, se deu apenas em 10/10/2018, momento em que a prescrição já teria ocorrido!

¹ Art. 206 Prescreve:

§ 3º Em 3 (três) anos:

IX - a pretensão do beneficiário contra o segurador, e a do terceiro prejudicado, no caso do seguro de responsabilidade civil obrigatório

² Súmula 405 STJ: "A ação de cobrança do seguro obrigatório (DPVAT) prescreve em três anos"



Pelo exposto, a Ré requer seja **extinto o feito com resolução do mérito**, com fulcro no **art. 487, inciso II do Código de Processo Civil c/c 206, § 3º, inciso IX do Código Civil**, por **absolutamente prescrita** a pretensão autoral.

DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DE PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

Apenas por precaução, salienta-se quanto a imperiosa necessidade de se verificar a **qualidade de únicos beneficiários dos Autores para pleitearem a verba indenizatória do Seguro Obrigatório DPVAT, em sua totalidade.**

Cumprê destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil.

Considerando que o artigo 792 do Código Civil prevê que metade da indenização **será paga ao cônjuge, e o restante será dividido entre os herdeiros, imperioso se verificar à qualidade de únicos beneficiários dos Autores na presente demanda.**

PERCEBA EXA., QUE CONSTA NA CERTIDÃO DE ÓBITO INFORMOU QUE O FALECIDO ERA CASADO, MAS NÃO FOI INFORMADO QUANTO FILHOS.


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: **branco** 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 Júlia Josefa da Conceição. Residência na(o) Praça Cizal, no município de Cuité-PB**

DATA E HORA DE FALECIMENTO: **deztois de setembro de dois mil e quinze - 13:30** DIA: **15** MÊS: **09** ANO: **2015**

LOCAL DO FALECIMENTO: **Hospital do Trauma em Campina Grande PB**

CAUSA DA MORTE: **Polltraumatismo com lesão pulmonar e hemorragia torácica consecutiva.**

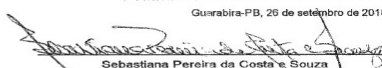
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO: **Cemitério da cidade de Cuité PB** DECLARANTE: **Sebastiana Pereira da Costa e Souza**

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 Higla 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 Celso de Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5620000 Fone: 32711339 E-mail: rgpn.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

ASSIM, DEVE-SE VERIFICAR QUANTO A REAL QUALIDADE DE BENEFICIÁRIOS DOS AUTORES, PARA QUE NO FUTURO A RÉ, OU QUALQUER OUTRA SOCIEDADE SEGURADORA PARTICIPANTE DO “POOL” DO CONVÊNIO DPVAT, NÃO SEJA COMPELIDA A EFETUAR OUTRO PAGAMENTO A POSSÍVEL

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



BENEFICIÁRIO QUE POSSA SURGIR. E MAIS, A PARTE AUTORA AINDA HABILITOU AOS AUTOS, SUPOSTOS NETOS!

DESTA FORMA, ANTE A AUSÊNCIA COMPROVAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DOS, PARA RECEBEREM A INDENIZAÇÃO, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, não há testemunhas, constando apenas relatos, totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência, 36 meses após o alegado acidente narrado.

Veja ainda Exa., identificamos **divergências entre as datas do sinistro informadas no BOLETIM DE OCORRÊNCIA e ficha de resgate do SAMU**. BO: informa que o sinistro teria ocorrido em 18/09/2015 e o evento morte em 18/03/2015, enquanto que o **SAMU**: acidente/resgate ocorreu em **13/09/2015**.

Informa ainda Exa., a necessidade de intimação dos Autores para esclarecimentos acerca da correta comprovação da quantidade de filhos do falecido, **PARA QUE NO FUTURO A RÉ, OU QUALQUER OUTRA SOCIEDADE SEGURADORA PARTICIPANTE DO “POOL” DO CONVÊNIO DPVAT, NÃO SEJA COMPELIDA A EFETUAR OUTRO PAGAMENTO A POSSÍVEL BENEFICIÁRIO QUE POSSA SURGIR!**

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 12 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/07/2021 15:04:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071215042407100000043361991>
Número do documento: 21071215042407100000043361991