


PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE(S): ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO, brasileiro, união estável, agricultor aposentado, portador de CPF: 510.664.324-49 e RG: 1.129.997 - 2ª VIA - SSP-PB, residente e domiciliado na Rua Francisco de Almeida Castro, S/N - POÇO DANTAS - PB.

OUTORGADO(S): Beis. **RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS**, brasileiro, casado, advogado OAB-PB-4018 e RN-737-A, **DEMÓSTENES CEZARIO DE ALMEIDA**, brasileiro, casado, OAB-PHB 14.541 e RN-954-A e **PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO**, brasileiro, casado, advogado - OAB-PB 21.368, com Escritório sito à Rua Manoel Mariano, nº 36 - Uiraúna (PB).

PODERES: Amplos, gerais e ilimitados para o Foro em Geral e extra, podendo representar o(s) outorgante(s) em Juízo, defender os seus direitos em qualquer ação onde for(em) autor(es) ou Réu(s), assistente(s), opoente(s), ou de qualquer modo interessado(s); propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos e Instâncias até final decisão; fazer acordos ou discordar, transigir e firmar compromissos, produzir provas e justificações; requerer falências e concordatas; receber Alvará, receber e dar quitações, assinar termo de compromisso de inventariante, concordar e discordar de cálculos e partilhas, fazer impugnações, tudo o mais usar, praticar e agenciar, requerer e assinar perante qualquer Juízo, qualquer documento e para o fiel desempenho do presente mandato, podem atuar em conjunto ou separadamente, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes. Podendo declarar hipossuficiência.

Uiraúna (PB), 17 de Dezembro de 2018


Antonio Lopes da Silveira Neto



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
510.664.324-49

Nome
ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO

Nascimento
17/03/1967

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **1.129.997 2ª VIA** DATA DE EMISSÃO **11 DEZ 2003**

NOME **ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO.**

FILIAÇÃO **José Antonio da Silveira,
Francisca Adelino de Moraes.**

Uiraúna-PB. **17.03.1967.**
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM **Cert. Cas Nº 2.623. Fls. 220. Liv.
B-08. Cart. de Uiraúna-PB.**

CPF *****

João Pessoa - PB *Assinatura do Diretor*
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
DI. P-140

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

Antônio Lopes da Silveira Neto
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE




PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: **ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA**, brasileira, portadora de CPF: 874.001.034-15 e RG: 2.055.241 SSP-PB, residente e domiciliada no Sítio Bela Vista S/N – Zona Rural do Município de Uiraúna/PB, CEP: 58.915-000;

OUTORGADOS: Dr. **RAIMUNDO CEZÁRIO DE FREITAS**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 4018 e RN/737-A, Dr. **DEMÓSTENES CEZÁRIO DE ALMEIDA**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 14.541 e RN/954-A e Dr. **PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 21.368, com Escritório sito à Rua Manoel Mariano, nº 36 – Uiraúna (PB);

PODERES: Amplos, gerais e ilimitados, para o Foro em Geral e Extra, podendo representar o(s) outorgante(s) em Juízo ou fora dele, defender os seus direitos em qualquer ação onde for(em) autor(es) ou réu(s), assistente(s), oponente(s), ou de qualquer modo interessado(s); propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos e Instâncias até final decisão; fazer acordos ou discordar, transigir e firmar compromissos, produzir provas e justificações; requerer falências e concordatas; receber valores e dar quitações, assinar termos de compromissos de inventariante, apresentar as primeiras e as últimas declarações, concordar e discordar de cálculos e partilhas, fazer impugnações, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, tudo o mais usar, praticar e agenciar, requerer e assinar perante qualquer Juízo, pessoa física ou jurídica, qualquer documento para o fiel desempenho do presente mandato, PODENDO substabelecer com ou sem reserva de poderes. Podendo Declarar a hipossuficiência do outorgante.

Uiraúna – PB, 06 de Fevereiro de 2019.


ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
874.001.034-15

Nome
ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA

Nascimento
12/01/1973

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 205 5241-15 ABR 1994

NOME **ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA**

FILIAÇÃO **José Antônio da Silveira**
Francisca Adelino de Moraes

NATURALIDADE **Uiraúna-PB**

Cert. Nasc: 6330, Fls. 160v, Liv. A-7/79, Cart. de Uiraúna-PB

CPF

João Pessoa - PB

ALEXANDRE MAGNO C. DE CARVALHO

LEI Nº 7.116 DE 20.06.83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 10

Elionide morais da silveira

CARTEIRA DE IDENTIDADE



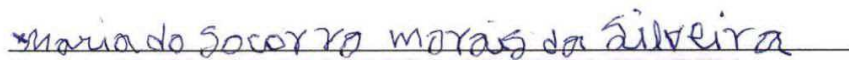
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA, brasileira, em união estável, agricultora, inscrita no CPF: 018.583.404-38 E RG: 1.464.242 2-VIA-SSP-PB, residente e domiciliada na Rua: Alferes Antônio Francisco, S/N – Bairro Retiro, Uiraúna-PB;

OUTORGADOS: Dr. **RAIMUNDO CEZÁRIO DE FREITAS**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 4018 e RN/737-A, Dr. **DEMÓSTENES CEZÁRIO DE ALMEIDA**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 14.541 e RN/954-A e Dr. **PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO**, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 21.368, com Escritório sito à Rua Manoel Mariano, nº 36 – Uiraúna (PB);

PODERES: Amplos, gerais e ilimitados, para o Foro em Geral e Extra, podendo representar o(s) outorgante(s) em Juízo ou fora dele, defender os seus direitos em qualquer ação onde for(em) autor(es) ou réu(s), assistente(s), oponente(s), ou de qualquer modo interessado(s); propor ações e delas variar ou desistir, acompanhando-as em todos os termos e Instâncias até final decisão; fazer acordos ou discordar, transigir e firmar compromissos, produzir provas e justificações; requerer falências e concordatas; receber valores e dar quitações, assinar termos de compromissos de inventariante, apresentar as primeiras e as últimas declarações, concordar e discordar de cálculos e partilhas, fazer impugnações, prestar declaração de pobreza na forma do artigo primeiro da Lei nº 7.115/83, tudo o mais usar, praticar e agenciar, requerer e assinar perante qualquer Juízo, pessoa física ou jurídica, qualquer documento para o fiel desempenho do presente mandato, PODENDO substabelecer com ou sem reserva de poderes. Podendo Declarar a hipossuficiência do outorgante.

Uiraúna – PB, 06 de Fevereiro de 2019.


MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	1.464.242 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/03/2017
NOME	MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA		
FILIAÇÃO	JOSÉ ANTONIO DA SILVEIRA FRANCISCA ADELINO DE MORAIS		
NATURALIDADE	JOSE DA PENHA-RN	DATA DE NASCIMENTO	07/02/1960
DOC ORIGEM	NASC. N. 6325 FLS. 158 LIV. A 07 CARTORIO UIRAUNA PB		
CPF	018.583.404-38		
Joa Pessoa - PB		Moraes A. B. Lacerda Jr. Chefe de Serviço de Identificação 15/08/83	



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA, brasileira, em união estável, agricultora, inscrita no CPF: 018.583.404-38 E RG: 1.464.242 2-VIA-SSP-PB, residente e domiciliada na Rua: Alferes Antônio Francisco, S/N - Bairro Retiro, Uiraúna-PB; amparado(a) pelo que dispõe o art. 1º da Lei Federal nº 7.115/83 c/c art. 1º e ss da Lei 1.060/50 e arts. 98 e ss, do CPC/2015, **DECLARA**, perante este órgão judiciário, para o fim de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com as custas judiciais, sem prejuízo da própria manutenção e de sua família.

Em oportuno, assume a responsabilidade por suas afirmações, tanto de pobreza como de residência, sujeitando-se às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração.

E por ser expressão da verdade, assina a presente de próprio punho.

Uiraúna - PB, 06 de Fevereiro de 2019.

Maria do Socorro morais da Silveira
MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA, brasileira, portadora de CPF: 874.001.034-15 e RG: 2.055.241 SSP-PB, residente e domiciliada no Sítio Bela Vista S/N - Zona Rural, Uiraúna-PB; amparado(a) pelo que dispõe o art. 1º da Lei Federal nº 7.115/83 c/c art. 1º e ss da Lei 1.060/50 e arts. 98 e ss, do CPC/2015, **DECLARA**, perante este órgão judiciário, para o fim de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com as custas judiciais, sem prejuízo da própria manutenção e de sua família.

Em oportuno, assume a responsabilidade por suas afirmações, tanto de pobreza como de residência, sujeitando-se às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração.

E por ser expressão da verdade, assina a presente de próprio punho.

Uiraúna - PB, 06 de Fevereiro de 2019.



ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ANTÔNIO LOPES DA SILVEIRA NETO, brasileiro, casado, agricultor, inscrito no CPF: 510.664.324-49, e RG: 1.129.997 2ª VIA – SSP-PB, residente e domiciliado na Rua: Francisco de Almeida Castro, S/N – Centro, Poço Dantas-PB, amparado(a) pelo que dispõe o art. 1º da Lei Federal nº 7.115/83 c/c art. 1º e ss da Lei 1.060/50 e arts. 98 e ss, do CPC/2015, **DECLARA**, perante este órgão judiciário, para o fim de obter a **GRATUIDADE DOS ATOS JUDICIAIS**, ser pessoa juridicamente pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com as custas judiciais, sem prejuízo da própria manutenção e de sua família.

Em oportuno, assume a responsabilidade por suas afirmações, tanto de pobreza como de residência, sujeitando-se às sanções civis e criminais previstas na legislação vigente em caso de falsidade do conteúdo desta declaração.

E por ser expressão da verdade, assina a presente de próprio punho.

Uiraúna – PB, 06 de Fevereiro de 2019.

Antonio Lopes da Silveira Neto

ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	018.673.644-41	MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO	510.664.324-49	
Profissão:	Endereço:	Número:
AGRICULTOR	RUA FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO	S/N
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	POÇO DANTAS	PB
E-mail:	CEP:	Complemento:
	58.933-000	
	Tel.(DDD):	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☒ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 5786 CONTA: 760 827 6

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 08/12/2018

Grau de Parentesco com a vítima: IRMÃ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

Local e Data, UIRACUÁ/PB, 19/12/2018

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Antonio Lopes da Silveira Neto

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: LUCIANA FRANÇA DE SOUZA CPF: 089.253.954-28

Luciana França de Souza

Assinatura

2ª | Nome: ME MINERVINA DO NASCIMENTO OLIVEIRA CPF: 589.089.864-78

Minervina do Nascimento Oliveira

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	018.673.644-41	MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA	874.001.034-15	
Profissão:	Endereço:	Número:
AGRICULTORA	SITIO BELA VISTA	SIN
Complemento:	Estado:	CEP:
	PB	58.915-000
Bairro:	Cidade:	Tel.(DDD):
ZONA RURAL	UIRÁUNA	
E-mail:		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE

AGÊNCIA: 0053 CONTA: 40161 8

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 08/12/2018

Grau de Parentesco com a vítima: IRMÃ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

Local e Data, UIRÁUNA/PB, 13/12/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elioneide Morais da Silveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: LUCIANA FRANÇA DE SOUZA

CPF: 089.953.954-28

Luciana França de Souza

Assinatura

2ª | Nome: Mª MINERVINA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

CPF: 589.089.864-72

Maria Minervina do Nascimento Oliveira

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 018.673.644-41 Nome completo da vítima: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA

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

Nome completo: MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA CPF: 018.583.404-38

Profissão: AGRICULTOR Endereço: RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO Número: SIN Complemento: _____

Bairro: RETIRO Cidade: VIRAÚNA Estado: PB CEP: 58.915-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1165 7 CONTA: 27.198 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 08/12/2018

Grau de Parentesco com a vítima: IRMÃ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

Local e Data, VIRAÚNA/PB, 13/10/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: LUCIANA FRANÇA DE SOUZA

CPF: 089.253.984-28

Luciana França de Souza
Assinatura

2ª Nome: MS MIRIELINA DO NASCIMENTO OLIVEIRA

CPF: 589.089.864-72

MIRIELINA DO NASCIMENTO OLIVEIRA
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO.

MARIA DAS DORES DA SILVA
RUA FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO, S/N - CENTRO
POCO DANTAS / PB CEP 58933000 (AG 177)

Emissão: 08/11/2018 Referência: Nov/2018
Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BAIXA RENDIA MONOFÁSICO
Roteiro: 4 - 208 - 831 - 4730 Nº medidor: 00008325898



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-630
CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 15.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 015 224 988
Cód. para Dêb. Automático: 000 16200000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	08/11/2018	07/12/2018	033.526.934-00
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1526006-0

Canal de contato
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 09/10/18	Leitura 5632	Data 08/11/18	Leitura 5698	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa c/ Tributos Total (R\$)	Valor Base Calc. Aliq. ICMS (R\$) Base Calc. Ps. (R\$) Coluna (R\$) Coluna (R\$) (0,9440%) (1,3450%)
0801	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,276270	8,28 8,28 25 2,07 8,28 0,08 0,36
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	38,000	0,473800	17,05 17,05 25 4,26 17,05 0,18 0,74
0801	Adic. B Vermelha			1,64 1,64 25 0,41 1,64 0,01 0,07
0801	Adic. B Amarela			0,11 0,11 25 0,03 0,11 0,00 0,00
0810	Subsídio			30,72 30,72 25 7,68 30,72 0,29 1,34
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			9,43 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00
0806	Devolução Subsídio			-21,42 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 45,82 57,81 14,45 57,81 0,54 2,51

Média últimos meses (kWh) 69
VENCIMENTO 16/11/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 45,82

Histórico de Consumo (kWh)
88 | 73 | 78 | 82 | 86 | 72 | 65 | 79 | 66 | 58 | 58 | 88
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18

RESERVADO AO FISCO

47ea cfd.620e 9e61.2d29.032f.d800.d9cd.

Indicadores de Qualidade 9/2018 - Uirua

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL 8,47	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL 12,84		
DIC ANUAL 25,89		
FIC MENSAL 3,42	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202
FIC TRIMESTRAL 8,85		LIMITE SUPERIOR 231
FIC ANUAL 13,70		
DMC 9,80		
DICRI 12,22		

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	8,58	14,39
Compra de Energia	9,72	21,21
Serviço de Transmissão	1,02	2,23
Encargos Setoriais	1,58	3,40
Impostos e Direitos e Encargos	26,93	58,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	45,82	100,00

Valor do EUSD (Ref. 9/2018) R\$ 7,26

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$21,42

Faturas em atraso



República Federativa do Brasil



Antônia Moreira de Sena
Oficiala Substituta
CARTEIRA DE REG. CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
CPF 58.915-000 — UIRAÚNA - PB

REGISTRO CIVIL

ESTADO DA PARAÍBA
COMARCA DE UIRAÚNA

MUNICÍPIO DE UIRAÚNA
DISTRITO DE UIRAÚNA

Antônia Moreira de Sena

ANTÔNIA MOREIRA DE SENA
Oficiala Substituto do Registro Civil

CERTIDÃO DE CASAMENTO

CERTIFICO que, sob o nº 2.623, às fls. 220, do livro nº B - 08
de Registro de casamentos, verifiquei constar que no dia 20 de julho
de 1993 foi feito o casamento de

"ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO e MARIA DAS DORES FILHA"

contraído perante o Juiz de Direito Dr. Marcus Frederico Claudino Veras
e as testemunhas Agapito Fernandes Pinheiro e Maria Auxiliadora Alves,
solteiros, estudantes, residentes nesta Cidade.

Ele, nascido em Sítio Santa Umbelina, deste município de Uiraúna, PB
aos 17 de março de 1967
profissão agricultor, residente e domiciliado
nesta Cidade de Uiraúna, Estado da Paraíba, filho de

José Antonio da Silveira e Francisca Adelino de Moraes, naturais,
ele da Paraíba, ela do Rio Grande do Norte, residentes nesta Cidade

Ela, nascida em Sítio Imbá, município de Luiz Gomes, Estado
do RN. aos 13 de agosto de 1974

profissão doméstica, residente e domiciliada
em Poço Dantas, desta Comarca de Uiraúna, Est. da Paraíba, filha de

Paulo Arão da Silva e Francilina da Conceição, naturais da Paraíba,
residentes em Poço Dantas, desta Comarca

a qual passou a assinar-se "MARIA DAS DORES DA SILVEIRA"

Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 N^{os} I, II, III e IV
do Código Civil - Observações: O ato teve lugar no Fórum Municipal, desta
Cidade. O Regime adotado é o de Comunhão Parcial de bens.

AVERBAÇÃO: Em cumprimento o mandado de averbação expedido pelo Dr.
José Batista de Andrade MM, Juiz de Direito desta Comarca de Uiraúna, PB,
nos Autos da Ação de retificação, Proc. 04920020004724, de-
terminando que seja retificado a profissão do contraente, que ao in-
vés de mecânico, passe a constar como sendo agricultor. Tudo conforme
O referido é verdade e dou fé. | Sentença Judicial anexada no referido mandado

Uiraúna (PB), 28 de Maio de 2003

Antônia Moreira de Sena
OFICIALA SUBSTITUTO



MANOEL DE JESUS VIEIRA
RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO, S/N - RETIRO
URUANA / PB CEP: 59815000 (AG: 177)

Emissão: 27/11/2018 Referência: Nov / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br 220, Km 25 - Chato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Roteiro: 16 - 206 - 875 - 550 Nº mediador: 00001953700



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 095.185.185/0001-40 - Insc. Est. 16.015.223-0

Nota Fiscal / Conta de Energia: 16.015.223-0
Cód. para 06h Automático: 00005335104

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	27/11/2018	27/12/2018	738.670.564-34

UC (Unidade Consumidora): 5/533510-4

Canal de contato

- Exercício de apresentação da Reserva 2018 de 10 a 14 de dezembro de 2018.
Reservista, apresente-se na sua Organização Militar.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/10/18	5285	27/11/18	5383		108	82
Demonstrativo						
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Alíq. (R\$/kWh)	Valor Base Calc
				Alíq. (R\$/kWh)	Alíq. (R\$/kWh)	Alíq. (R\$/kWh)
0801	Consumo em kWh	108.000	0.844480	91.20	91.20	91.20
0801	Adic. B. Vermelha			1.15	1.15	1.15
0801	Adic. B. Amarela			1.35	1.35	1.35
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			9.45	0.00	0.00

CCI: Código de Classificação do item: TOTAL 103.16 83.73 25.30 83.73 0.88 4.07

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

85

04/12/2018

R\$ 103,16

Histórico de Consumo (kWh)

79	82	82	85	86	78	85	71	78	95	101	104
Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Set/18	Out/18

RESERVADO AO FISCO

5bd5.b80f.f49e.fac6.924c.817e.e588.08d9.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	8.47	0.00
DIC TRIMESTRAL	12.94	NOMINAL
DIC ANUAL	25.63	220
FIC MENSAL	8.47	0.00
FIC TRIMESTRAL	8.95	0.00
FIC ANUAL	13.70	CONTRATADA
CMC	3.80	LIMITE INFERIOR
DICRI	12.22	LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	22.13	21.42
Compra de Energia	32.87	31.87
Serviço de Transmissão	3.44	3.33
Encargos Setoriais	2.24	2.17
Impostos Diretos e Encargos	35.66	34.52
Outros Serviços	0.00	0.00
Total	103.16	100.00

ATENÇÃO

Valor do EUSD (Ref. 6/2018) R\$ 30.53

Faturas em atraso

- Leitura confirmada.



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

EU, MANOEL DE JESUS VIEIRA, BRASILEIRO, UNIÃO ESTÁVEL, AGRICULTOR AOSENTADO, PORTADOR DE CPF: 738.870.564-34 E RG: 831.805-SSP-PB, RESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO, S/N - BAIRRO RETIRO - UIRAÚNA (PB) - DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE A Sr^a. MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA, BRASILEIRA, UNIÃO ESTÁVEL, AGRICULTORA, PORTADORA DE CPF: 018.583.404-38 e RG: 1.464.242 - 2ª VIA-SSP-PB, RESIDE EM CASA DE MINHA PROPRIEDADE, NA RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO, S/N - BAIRRO RETIRO - UIRAÚNA - (PB).

UIRAUNA (PB), 17 DE DEZEMBRO DE 2018

Manoel De Jesus Vieira
MANOEL DE JESUS VIEIRA



ELIONEIDE MORAIS DA SILVA
SIT BELA VISTA, S/N - QAL-05 - AREA RURAL
URUANA/PB CEP: 59815000 (AG: 177)

Emissão: 10/09/2018 Referência: Set/2018
Classe/Subcl: RESC/ENCIAL / BADA RENDA MONOTÁSSICO
Roteiro: 4 - 208 - 987 - 7020 Nº medidor: 00008738008



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.163/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 012.089.451
Cód. para Dth. Autenticação: 00017891783

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI
Set/2018 10/09/2018 09/10/2018 874.001.034-15
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1799175-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei
nº 10.438, de 26 de abril de 2002

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
10/08/18	2759	10/09/18	2852	1		103		31	

Demonstrativo											
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa (%)	Valor Base Calc.	Aliq.	ICMS(R\$)	Base Calc. Pte(R\$)	ICMS(R\$)	Base Calc. Pte(R\$)	ICMS(R\$)	Colinas(R\$)
0801	Consumo até 33kWh-BR	30,000	0,212790	7,88	7,88	27	2,13	7,88	0,06	0,28	
0801	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70,000	0,440510	31,53	31,53	27	8,51	31,53	0,25	1,17	
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	3,000	0,875770	2,62	2,62	27	0,54	2,62	0,02	0,07	
0801	Adic. B Vermelha	4,00		4,00	4,00	27	1,08	4,00	0,03	0,15	
0810	Subsidio	41,73		41,73	41,73	27	11,27	41,73	0,34	1,55	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS											
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			9,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0808	Devolução Subsidio			-29,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	

CCI Código de Classificação do Item		TOTAL	88,01	87,16	23,53	87,16	0,70	3,23
-------------------------------------	--	-------	-------	-------	-------	-------	------	------

Média últimos meses (kWh) 111 **VENCIMENTO 17/09/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 68,01**

Histórico de Consumo (kWh)													
115	105	127	134	133	101	102	123	88	107	103	93		
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18		

RESERVADO AO FISCO c85e.0a0f.a9eb.33de.515c.9445.81ac.9303.

Indicadores de Qualidade				Composição do Valor		
7/2018 - Uruana				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL				Atendimento	10,15	14,93
Apurado				Compra de Energia	18,88	24,98
Limite de Tensão (V)				Serviço de Transmissão	1,58	2,32
NOMINAL				Encargos Setoriais	2,40	3,53
CONTRA TÁBULA				Impostos Diretos e Encargos	38,88	54,24
LIMITE INFERIOR				Outros Serviços	0,00	0,00
LIMITE SUPERIOR				Total	88,01	100,00

Valor do EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 14,06

ATENÇÃO
- REATIVO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) em dia, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 25/09/2018. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comprovação. Caso essas faturas estejam pagas, desconsidere esta mensagem.
- ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplimento.
- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$28,58.
- Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Baixa Tensão 15,41% Médio.
- Reajuste Tarifário - Vigência 28/08/18-Res. ANEEL nº 2.438-Alta Tensão 18,75% Médio.

Fatura sem atraso
Agosto 58,24
Jul/18 67,87





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME: **MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA**

CPF: **018.673.644-41**

MATRÍCULA: **0731710155 2018 4 00005 185 0003553 62**

SEXO: **feminino** COR: **BRANCA** ESTADO CIVIL E IDADE: **solteira, 48 anos**

NATURALIDADE: **Uiraúna-PB** DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: **ELEITOR**

RG nº: **1464260 SSP-PB** SIM - Nº **015459791295**, Zona: **53 - PB**

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA: **JOSE ANTONIO DA SILVEIRA (Falecido) e FRANCISCA ADELINO DE MORAIS (Falecida). Residia na(o) Rua: Alferes Antonio Francisco. S/N. Bairro, no município de Uiraúna-PB**

DATA E HORA DE FALECIMENTO: **oito de dezembro de dois mil e dezoito - 08:00**

LOCAL DO FALECIMENTO: **Hospital de Emergencia e Trauma "Dom Luiz Gonzaga Fernandes" no município de Campina Grande-PB**

CAUSA DA MORTE: **Trauma Craneoencefálico. Atropelamento**

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO: **Campo Santo "JESUS MARIA E JOSÉ" no município de Uiraúna-PB**

DECLARANTE: **ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO, Agricultor, residente e domiciliado: Rua: Francisco de Almeida Castro. S/N, Poço Dantas-PB**

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO: **Dr. Arquimedes Aires Braga de Lira - CRM: 7197**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES: **Registro lavrado em 14/12/2018, no Livro C-00005, Nº 3553, folha 185-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 267701357.**

Antônia Moreira de Sena
Oficiala do Registro Civil

Maria Simone de Medeiros
Oficiala Substituta

Cartório do Reg. Civil das Pessoas Naturais
CEP 58.915-000 - Uiraúna-PB
Fone: (33) 3534.1193

Cartório do Registro Civil das Pessoas Naturais
Antônia Moreira de Sena
Uiraúna-PB

Rua: Francisco Leão Veloso s/n Centro Uiraúna-PB - CEP 58915000 Fone: 83)3534-1193 E-mail: antoniasena_una@hotmail.com



O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe.
Uiraúna-PB, 14 de Dezembro de 2018

Antônia Moreira de Sena
Antônia Moreira de Sena
Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: AGU29576-UT13

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



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

Nº 687388 B



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PARAÍBA

COMARCA DE UIRAÚNA

MUNICÍPIO DE UIRAÚNA

DISTRITO DE UIRAÚNA

Antônia Moreira de Sena
Oficiala Substituta

CART. DE REG. CIVIL DE PESSOAS NATURAIS
CEP 58.915-000 — UIRAÚNA - PB

ANTÔNIA MOREIRA DE SENA

Oficiala Substituta do Registro Civil

NASCIMENTO Nº 6.329

CERTIFICO que, às fls. 160, do livro n.º A-07, de Registro de Nascimentos, foi extraído hoje o assento de "MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA"
= = = = =
nascida aos trinta (30) de maio (05) de 1970 mil e noventa e setenta (90) às 22:00 horas e 00 minutos, em Sítio Santa Umbelina deste município de Uiraúna, Estado da Paraíba.
= = = = =
do sexo feminino
filha de José Antonio da Silveira
natural de Rio Grande do Norte
e de Dona Francisca Adelino de Moraes
natural de Rio Grande do Norte

Sendo avós paternos Antonio Lopes da Silveira
e Dona Antonia do Amor Divino
e avós maternos Herminio Higino de Moraes
e Dona Ana Adelina da Silva

Foi declarante o pai da registranda
e serviram de testemunhas José Orlando Veloso e Joaquim Moreira Sobrinho,
ambos residentes em Sítio Santa Umbelina deste município.

Observações: Registrada neste Cartório, em data de 01 de abril de //
1980, nos termos da Lei. = = = = =

O referido é verdade e dou fé.

Uiraúna-PB., 11 de julho de 2000

Antônia Moreira de Sena
Oficiala Substituta:

BL. 50 FLS. PAPEL OFF-SET 75 GRAM² FORM. 207X307
CÓD. 8550





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	1.464.260 - 2 VÍDEO
NOME	MARIA MADALENA MORAES DA SILVEIRA
FILIAÇÃO	JOSÉ ANTONIO DA SILVEIRA FRANCISCA ADELINO DE MORAIS
NATURALIDADE	UIRAUNA-PB
DOC ORIGEM	NASC.N.6329 FLS.160 LIV.A 07
CPF	018.673.644-41
DATA DE NASCIMENTO	30/05/1970
ASSINATURA DO DIRETOR	<i>[Assinatura]</i>
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
2ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Raimundo Nonato de Araújo, s/n, Catolé, Campina Grande/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Versando sobre MORTE POR ATROPELAMENTO.

Hora e data do fato: Às 10:00, do dia 27 de outubro de 2018.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 15:13, do dia 9 de dezembro de 2018.

Local do Ocorrido: EM FRENTE AO AÇOUGUE, CENTRO, CIDADE DE UIRAUNA-PB.

COMUNICANTE: ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO - IRMÃO DA VÍTIMA., do sexo masculino, nascido no dia 17/03/1967, com 51 anos de idade, ID: 1.129.997 SSP/PB, natural de UIRAUNA-PB, residente na RUA FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO, S/N., bairro CENTRO, na cidade de POÇO DANTAS, PB, celular Nº 998690982

VÍTIMA: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, , do sexo feminino, nascida no dia 30/05/1970, com 48 anos de idade, ID: 1.464.260 SSP/PB, DO LAR, filha de JOSÉ ANTONIO DA SILVEIRA e de FRANCISCA ADELINO DE MORAIS, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, SOLTEIRA, natural de UIRAUNA-PB, BRASILEIRA, residente na RUA ALFERES ANTONIO FRANCISCO, S/N., complemento RETIRO, bairro CENTRO, na cidade de UIRAUNA, PB

TESTEMUNHAS: A SEREM APRESENTADOS POSTERIORMENTE..

ACUSADO(S): A INVESTIGAR.

HISTÓRICO: No dia 27/10/2018, por volta das 10:00 horas, aproximadamente, a sua irmã MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, no que atravessava a pista de rolamento, EM FRENTE AO AÇOUGUE, CENTRO, CIDADE DE UIRAUNA-PB, o condutor de uma motocicleta de marca e placa não identificado, atropelou a sua irmã MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, vindo esta a cair no asfalto, se ferindo gravemente, enquanto que o motoqueiro fugiu tomando rumo ignorado; Que, informa o comunicante que a vítima MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, foi socorrida por uma ambulância do SAMU para o hospital da cidade de CAJAZEIRAS-PB, em seguida a vítima foi transferida para o hospital de trauma desta cidade de C. Grande-PB, aonde ficou internado; Que, informa o comunicante que no dia de hoje, devido aos graves ferimentos sofridos, a vítima veio á óbito no hospital de trauma de C. Grande-PB.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTES BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, NESTA 2ª SRPC

AUTORIDADE

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

COMUNICANTE

ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO - IRMÃO DA VÍTIMA

ESCRIVÃO

MARINALDO SANTINO DA SILVA



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Nº SOLICITAÇÃO: DATA: 27/10/18 VIATURA: ☐ USA ☒ USB 08

MÉDICO(A) REGULADOR(A) D(R)(A): Dr. Eduardo CRM: Nº

ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: Hospital Menino Jesus Nº

SAIRRO: Garagem CIDADE: Uirauna ESTADO: PB

LOCAL DE REFERÊNCIA: Hospital local Menino Jesus.

☐ RESIDÊNCIA ☒ LOCAL DE TRABALHO ☐ VIA PÚBLICA

PACIENTE/SUJEITO: Maria Maralena Marcos da Silva

SEXO: ☐ MASC. ☒ FEM. IDADE: 48 anos SOLICITANTE:

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ CLÍNICA ☒ TRAUMÁTICA ☐ GINECO-OBSTÉTRICA ☐ PSIQUIÁTRICA ☐ CIRÚRGICA

APOIO NO LOCAL

☐ CORPO DE BOMBEIROS ☐ POLÍCIA MILITAR ☐ POLÍCIA CIVIL ☐ POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

☐ DEFESA CIVIL ☐ CPTRAN ☐ STTRANS ☐ IML ☐ OUTRO:

AValiação PRIMÁRIA

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
<input type="checkbox"/> PÉRVIAS <input type="checkbox"/> RESPIR. RUÍDOSA <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO PARCIAL <input type="checkbox"/> OBSTRUÇÃO TOTAL	<input type="checkbox"/> EXPANSIBILIDADE <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> SUPERFICIAL <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> IRREGULAR <input type="checkbox"/> MURMÚROS VESICULARES <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> DOMINADO <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> HIPERTENSIVO <input type="checkbox"/> MACICEZ	<input type="checkbox"/> PULSO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> FRACO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> RÍTMICO <input type="checkbox"/> ARRÍTMICO <input type="checkbox"/> AUSENTE <input type="checkbox"/> PERFUSSÃO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> RETORNO <input type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE <input type="checkbox"/> ORIENTADO <input type="checkbox"/> DESORIENTADO <input type="checkbox"/> AGITAÇÃO <input type="checkbox"/> SONOLÊNCIA <input type="checkbox"/> TORPOR <input type="checkbox"/> COMA <input type="checkbox"/> CONVULSÃO <input type="checkbox"/> RIGIDEZ <input type="checkbox"/> PERDA DE MASSA ENCEFÁLICA

SINAIS VITAIS E DADOS COMPLEMENTARES

EVOLUÇÃO	SINAIS VITAIS				GLASGOW				GLICEMIA CAPILAR mg/dl	
	PA mmHg	FC bpm	FC bpm	Temp. °C	SpO2 %	A.O.	R.V.	R.M.		TOTAL
INICIAL	180 x 100	60			93					134
FINAL	x				90					

PASSAGEM DO CASO PARA BASE

SOLICITADO O APOIO DA USA ☐ NÃO ☐ SIM ☐ QUAL USA

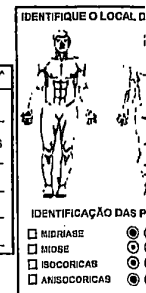
OBS.: SOMENTE SE O PREFIXO DA VIATURA ACIONADA FOR USB.

AValiação SECUNDÁRIA

PELE	CABEÇA	FACE	PESCOÇO	TÓRAX
<input type="checkbox"/> CORADA <input checked="" type="checkbox"/> PALIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA <input type="checkbox"/> FRIA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> ÚMIDA <input type="checkbox"/> SECA	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> AGUDAMENTO <input type="checkbox"/> FER. PENETRANTE <input type="checkbox"/> FER. OCULAR	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> FER. OCULAR	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> DESVIO DA TRAQUEIA <input type="checkbox"/> EMFISEMA SUB-CUTÂNEO	<input type="checkbox"/> CONTUSÃO <input type="checkbox"/> ESCORIAÇÕES <input type="checkbox"/> LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> HEMATOMA <input type="checkbox"/> TÓRAX INSTAB. <input type="checkbox"/> RESP. PARADOX. <input type="checkbox"/> TAMPONAMENTO

DADOS COMPLEMENTARES

GINECO-OBSTÉTRICO	HISTÓRIA PREGRESSA
<input type="checkbox"/> ABORTAMENTO <input type="checkbox"/> HEMORRAGIA VAGINAL <input type="checkbox"/> TRABALHO DE PARTO <input type="checkbox"/> 0-1 CONTRAÇÃO/10MIN. <input type="checkbox"/> 2-4 CONTRAÇÕES/10MIN. <input type="checkbox"/> 4-5 CONTRAÇÕES/10MIN. <input type="checkbox"/> SANGRAMENTO <input type="checkbox"/> PERDA DO TAMPÃO MUCOSO <input type="checkbox"/> BQSA ROTA <input type="checkbox"/> NASCIMENTO	<input type="checkbox"/> ADO <input type="checkbox"/> ALCOOLISMO <input type="checkbox"/> ALERGIAS <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> CONVULSÕES <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> D. INFECTO-CONTAGIOSA <input type="checkbox"/> DROGAS <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS <input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS <input type="checkbox"/> OUTROS



PROCEDIMENTOS REALIZADOS

VENTILADOS	CIRCULATÓRIOS	RESGATE	OUTROS
<input type="checkbox"/> DESOBSTRUÇÃO V.A. <input type="checkbox"/> ASPIRAÇÃO V.A. <input type="checkbox"/> CÂNULA DE GUEDEL <input checked="" type="checkbox"/> OXIGENAÇÃO 1/min. <input type="checkbox"/> MÁSCARA <input type="checkbox"/> CATETER <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MANUAL <input checked="" type="checkbox"/> OXIMETRIA <input type="checkbox"/> INTUBAÇÃO TRAQUEAL <input type="checkbox"/> VIA ORAL <input type="checkbox"/> VIA NASAL <input type="checkbox"/> VENTILAÇÃO MECÂNICA	<input checked="" type="checkbox"/> ACESSO VENOSO <input type="checkbox"/> PERIFÉRICO <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> DISSECCÃO <input type="checkbox"/> INTRA-ÓSSEO <input type="checkbox"/> CONTROLE DE HEMORRAGIA <input type="checkbox"/> CURATIVO <input type="checkbox"/> MASSAGEM CARDÍACA <input type="checkbox"/> MONITORIZAÇÃO <input type="checkbox"/> DESFIBRILAÇÃO/CARDIOVERSÃO <input type="checkbox"/> MARCAPASSO TRANSCUTÂNEO <input type="checkbox"/> E.C.G.	<input checked="" type="checkbox"/> IMOBILIZAÇÃO <input type="checkbox"/> COLAR CERVICAL <input type="checkbox"/> ESTABILIZADOR DE CABEÇA <input type="checkbox"/> TALAS <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> TRAÇÃO <input type="checkbox"/> FRANCHIA LONGA <input type="checkbox"/> MACA A VÁCUO <input type="checkbox"/> CADEIRA DE RODAS <input type="checkbox"/> RAPEL <input type="checkbox"/> DESENCARCERAÇÃO	<input type="checkbox"/> CRICOTÓRIO <input type="checkbox"/> DRENAGEM <input type="checkbox"/> HEMITÓRAX <input type="checkbox"/> HEMITÓRAX <input type="checkbox"/> FUNÇÃO F <input type="checkbox"/> SONDAGEM <input type="checkbox"/> S.O.G. <input type="checkbox"/> S.N.G. <input type="checkbox"/> OUTROS:

COD. 88 - Guia F4 (33) 0 00003.00



CAUSAS EXTERNAS		
TRAUMA / VIOLÊNCIA	ACIDENTE DE TRÂNSITO	POSIÇÃO DA VÍTIMA
<input type="checkbox"/> F.A.F. <input type="checkbox"/> F.A.B. <input type="checkbox"/> ESPAÇAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> MESMO NÍVEL <input type="checkbox"/> ALTURA (____ mts) <input type="checkbox"/> SOTERRAMENTO <input type="checkbox"/> CHOQUE ELÉTRICO <input type="checkbox"/> QUEIMADURA GRAU <input type="checkbox"/> 1º <input type="checkbox"/> 2º <input type="checkbox"/> 3º <input type="checkbox"/> ÁREA CORPORAL ____ % <input type="checkbox"/> AFOGAMENTO <input type="checkbox"/> INTOXICAÇÃO EXÓGENA SUBSTÂNCIA _____ <input type="checkbox"/> ANIMAIS <input type="checkbox"/> OUTRAS _____	<input type="checkbox"/> CHOQUE <input type="checkbox"/> COLISÃO <input type="checkbox"/> CAPOTAMENTO <input type="checkbox"/> TOMBAMENTO <input type="checkbox"/> ATROPELAMENTO <input type="checkbox"/> QUEDA <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> NÃO SABE <input type="checkbox"/> OUTROS _____ VEÍCULO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> BICICLETA <input type="checkbox"/> MOTOCICLETA <input type="checkbox"/> AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> CAMINHÃO <input type="checkbox"/> OUTROS _____	<input type="checkbox"/> PEDESTRE <input type="checkbox"/> MOTORISTA <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO DIANTEIRO <input type="checkbox"/> PASSAGEIRO TRASEIRO <input type="checkbox"/> DIREITO <input type="checkbox"/> CENTRAL <input type="checkbox"/> ESQUERDO SITUAÇÃO DA VÍTIMA <input type="checkbox"/> DENTRO DO VEÍCULO <input type="checkbox"/> NÃO ENCARCERADA <input type="checkbox"/> ENCARCERADA <input type="checkbox"/> EJETADA <input type="checkbox"/> DEAMBULANDO <input type="checkbox"/> OUTROS _____ USO DO CINTO DE SEGURANÇA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO USO DO CAPACETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

DIAGNÓSTICOS

TERAPÊUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO:

Realizado avaliação da paciente apresentava com avaliação dois episódios de emese, náuseas, dispnéia, tonturas, febre baixa, respiração apneica, solicitada após a ida para uma avaliação e realização de exames paciente segurado para o HRC no USAR.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- ☐ Ansiedade ☐ Capacidade Adaptativa Intermediária Diminuída ☐ Comunicação Verbal Prejudicada ☐ Conhecimento Agudo ☐ Desambiguação Prejudicada ☐ Débito Cardíaco Diminuído ☐ Descontrole Ineficaz dos WAA ☐ Disreflexia Autônoma ☐ Dor Aguda ☐ Hipertensão ☐ Hipotermia ☐ Integridade da Pele Prejudicada ☐ Integridade Tissular Prejudicada ☐ Medo ☐ Intolerância à Atividade ☐ Mucosa Oral Prejudicada ☐ Padrão Respiratório Ineficaz ☐ Perfusão Tissular Cerebral Ineficaz ☐ Perfusão Tissular cardiopulmonar 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

MATERIAL UTILIZADO

MOTIVO DO TRANSPORTE

- ☐ Apoio Diagnóstico ☐ Serviço de Maior Complexidade ☐ Transferência
☐ Outro _____

DESTINO DO PACIENTE

PROFISSIONAL QUE RECEBEU O PACIENTE:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

ATENDIMENTO SEGUNDO MORTALIDADE

- ☐ ÓBITO NO LOCAL ☐ SEM ATENDIMENTO ☐ APÓS ATENDIMENTO
☐ ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE ☐ ÓBITO LOGO AO CHEGAR AO DESTINO

INTERCORRÊNCIAS NO ATENDIMENTO

- ☐ RECUSOU ATENDIMENTO ☐ RECUSOU TRANSPORTE ☐ ACIDENTES DE TRABALHO
☐ QTA / CANCELAMENTO ☐ PROBLEMA COM AMBULÂNCIA ☐ OUTRAS: _____

TERMO DE RECUSA

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento disponibilizado pelo SAMU 192 - Uirai oportunidade.

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

R.G.:

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

Médico: Dr. Edvaldo CRM: _____ Mat.: _____
 Enfermeiro: Patrícia Silva Albuquerque COREN: _____ Mat.: _____
 Téc. de Enfermagem: Marcia Regina COREN: _____ Mat.: _____
 Condutor Socorrista: Jaílson Mat.: _____
 Gráfico F4 (03) 001



Assinado eletronicamente por: PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO - 22/02/2019 10:14:26

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19022209295621800000018878333

Número do documento: 19022209295621800000018878333



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, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190013149

Vítima: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO

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

- Declaração de únicos herdeiros incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.
- Comprovação de ato declaratório incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13816745





Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT



Corre
RS 13
18.01.19
09:2
MAR

ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO
R FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO, S/N
CENTRO
CEP 58933-000 - POÇO DANTAS - PB



BI345522084BR

Saiba + www.seguradoralider.com.br

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

DPVAT-Como Requerer

Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT





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, 15 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190013149

Vítima: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13814755



Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br

DEVOLUÇÃO

Seguradora Líder . DPVAT

CAIXA POSTAL 40.970
CEP: 20.270-971
www.seguradoralider.com.br

Para uso dos correios

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se | <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido | <input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado |
| <input type="checkbox"/> Recusado | <input type="checkbox"/> Falecido |
| <input type="checkbox"/> Ausente | |
| <input type="checkbox"/> Não procurado | Data ____/____/____ |

Responsável pela informação

- ☐ Morador
☐ Síndico
☐ Porteiro

Entregador

ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO
R FRANCISCO DE ALMEIDA CASTRO, S/N
CENTRO
CEP 58933-000 - POÇO DANTAS - PB

Administradora do Seguro DPVAT

LÍDER
Seguradora



Seguro DPVAT – Proteção para todos

O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro eminentemente social.

saiba +
www.seguradoralider.com.br



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA

Comarca de Uiraúna-PB

ATO ORDINATÓRIO, praticado nos termos da Portaria nº 01/08, de 08/08/2018, da lavra da Juíza de Direito Cartoline Silvestrini de Campos Rocha, e do Provimento CGJ n.º 004/2014, c/c art. 349 e seguintes do Código de Normas da CGJ, por:

☐ **mandado**

☐ **nota de foro n.º _____**

☐ **Precatória**

☐ **ofício n.º _____**

☐ **via postal**

☐ **edital**

☐ **em cartório**

☒ **outros _____**

Uiraúna-PB, 22 de fevereiro de 2019

Francisca Marta V. de A. Queiroz

mat. 472095-4



Fica o Advogado **INTIMADO**, para, no prazo de (15) quinze dias, emendar a inicial, cumprindo o disposto no art. 6º da Portaria 01/2018, datada de 08/08/2018, da Drª Caroline Silvestrini de Campos Rocha – Juíza de Direito em Substituição nesta Comarca, nos termos seguinte: Quando qualquer das partes requererem os benefícios da gratuidade de justiça, seja na inicial, na contestação ou em qualquer fase processual, o servidor deverá verificar se foram juntados os seguintes documentos: I) Se pessoa física: a) Declaração de hipossuficiência assinada pelo autor ou procuração com poderes para a assinar e requerer a declaração a hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, CPC/2015; b) Declaração de IRPF dos últimos 3 anos ou declaração ou comprovação de ser isento de imposto de renda; c) Comprovantes de seus rendimentos de trabalho e/ou aposentadoria ou, não possuindo, CTPS. II) Se pessoa jurídica: a) Declaração de hipossuficiência assinada pelo autor ou procuração com poderes para assinar e requerer a hipossuficiência econômica, nos termos do art. 105, CPC/2015. b) Declaração de IRPF (ou similar) dos últimos 3 anos; c) Balancetes e extratos bancários dos últimos 12 meses. § 1º - Não sendo juntado qualquer dos documentos acima, o servidor deverá intimar a parte, nos termos do art. 99, § 2º, CPC, determinando a sua juntada no prazo de (15) quinze dias. § 2º – Cumprido ou não a determinação pela parte, os autos deverão ir conclusos para decisão. § 3º – O disposto neste artigo não se aplica aos processos patrocinados pela Defensoria Pública (art. 1º, §§ 2º e 3º da Lei 5.478/68).

Uiraúna-PB, 22/02/2019

Francisca Marta V. de A. Queiroz

Mat. 472.095-4



EXCELENTÍSSIMA SENHORA DOUTORA JUÍZA DE DIREITO DA COMARCA DE UIRAÚNA - PB

ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA E OUTROS, JÁ QUALIFICADOS NOS AUTOS DO PROCESSO SUPRA, VÊM POR SEU ADVOGADO SIGNATÁRIO, À HONROSA PRESENÇA DE VOSSA EXCELÊNCIA PARA EXPOR E REQUERER O SEGUINTE:

QUE NA CONDIÇÃO DE AGRICULTORES EM REGIME DE ECONOMIA FAMILIAR, SEM RENDA FIXA, NÃO DECLARAM IMPOSTO DE RENDA; NÃO TÊM CTPS ANOTADA;

ADEMAIS ASSINARAM DECLARAÇÃO DE POBREZA E JUNTARAM AO PROCESSO.

ISTO POSTO, JUSTIFICADA A NECESSIDADE DE USUFRUIREM OS BENEFÍCIOS DA JUSTIÇA GRATUITA NOS TERMOS DA LEI, REITERAM O PEDIDO FORMULADO NA EXORDIAL E O PROSEGUIMENTO DO FEITO NA FORMA DA LEI.

P. DEFERIMENTO





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Uiraúna

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0800064-04.2019.8.15.0491

DESPACHO

Recebo a presente ação e concedo os benefícios da assistência judiciária gratuita (NCPC, art. 98).

Intime-se a parte autora para juntar aos autos, no prazo de 10 dias, declaração, firmada em cartório, de inexistência de bens deixados pela falecida, nos termos do art. 4º do Decreto n. 85.845/81. Junte também declaração com firma reconhecida em cartório sobre a existência (ou inexistência) de outros herdeiros que porventura venham a compor a lide.

Oficie-se ao INSS, para, no prazo de 10 dias, informar a existência de dependentes cadastrados em nome da falecida.

Após:

1. Considerando que a causa admite transação, por envolver direitos disponíveis, CITE-SE o requerido e INTIMEM-SE as partes para comparecerem a audiência de conciliação, para a possibilidade de autocomposição da lide, nos termos do art. 334, caput, do CPC, de acordo com pauta. Não havendo a autocomposição na audiência, o réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data da prevista no art. 335, do CPC, sob pena de revelia.

2. Ressalte-se que o não comparecimento injustificado do autor ou do réu à audiência designada é considerada ato atentatório a dignidade da justiça e será cominada multa de 2% (dois por cento) da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, nos termos do art. 334, §8º do CPC.

3. As partes devem estar acompanhadas de seus advogados ou Defensor Público. Intime-se o autor por seu advogado, enquanto o réu por carta, com aviso de recebimento.

ESTE DESPACHO SERVE COMO MANDADO.

Cumpra-se.

Uiraúna, data pelo sistema.



Fco. Thiago da S. Rabelo

Juiz de Direito



Fica o Advogado da autora INTIMADO, para juntar aos autos, no prazo de 10 dias, declaração, firmada em cartório, de inexistência de bens deixados pela falecida, nos termos do art. 4º do Decreto n. 85.845/81. Junte também declaração com firma reconhecida em cartório sobre a existência (ou inexistência) de outros herdeiros que porventura venham a compor a lide.

Uiraúna-PB, 06/05/2019

Técnica Judiciário





ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE UIRAÚNA

Ao Senhor:

Chefe do Posto de Benefício do INSS

Rua Pedro Celestino de Paula 63, Gato Preto

Sousa-PB

CEP: 58 802 320

Ofício nº 240/2019 Em, 06 de maio de 2019

Senhor Procurador,

Solicito a Vossa Senhoria, que seja informado a este Juízo, no prazo de (10) dez dias, acerca da existência de dependentes em nome de **MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA**, nascida em 30/05/1970, portadora do RG nº 1.464.260 SSDS e CPF nº 018.673.644-41. Isto para melhor instruir os autos da Ação de Cobrança nº 0800064.04.2019.815.0491, requerido por Elioneide Moraes da Silveira.



Atenciosamente,

Francisco Thiago da Silva rabelo

Juiz de Direito



recibo de postgem





0800064.04.2019...

AR

RECIBO DE POSTAGEM

TOTAL PAGO

R\$

Nº DO
REGISTRO

JN 24067105 8 BR

NATUREZA	VENCIMENTO	FECHAMENTO

A SER PREENCHIDO PELO REMETENTE SEM RASURA

NOME DO DESTINATÁRIO	Chefe do Posto de Benefício	
	do INSS	
ENDEREÇO		
	CIDADE	UF
	Souza	TO




54

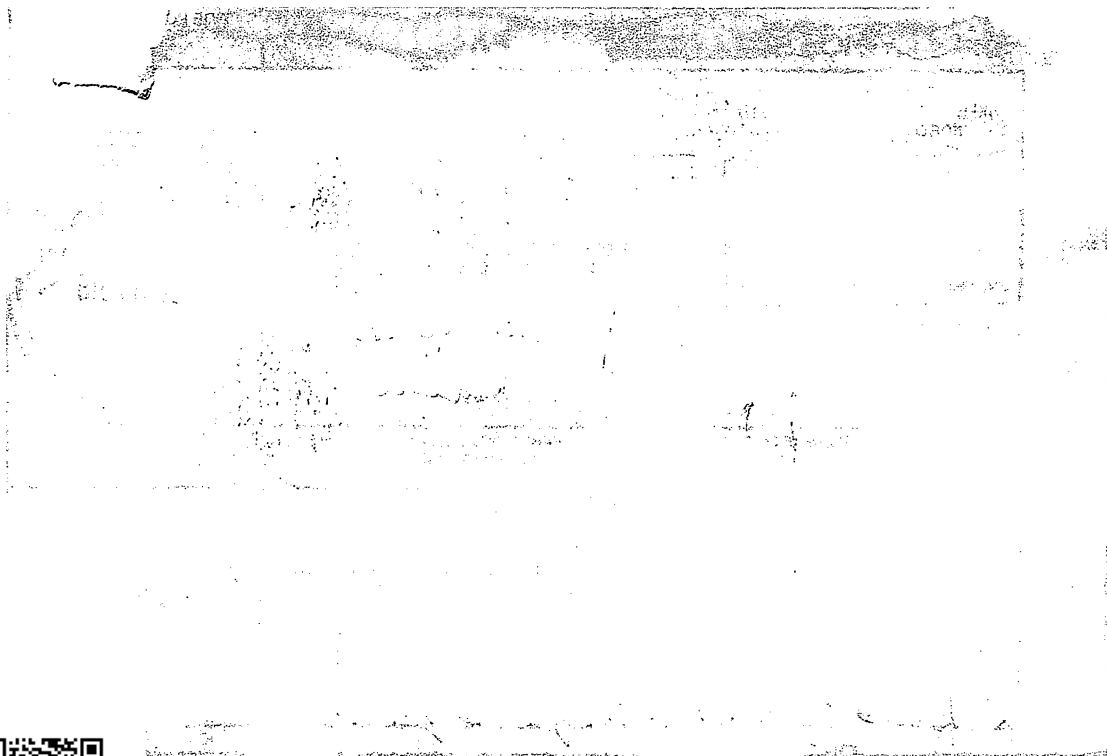


juntada de AR



 AVISO DE RECEBIMENTO		AR		DATA DE POSTAGEM
DESTINATÁRIO CHEFE DO POSTO DE BENEFÍCIO DO INSS RUA PEDRO CELESTINO DE PAULA 63 GATO PRETO 58802320 - SOUSA - PB		(CÓDIGO DE BARRAS OU Nº DE REGISTRO DO OBJETO)		UNIDADE DE POSTAGEM
ENDEREÇO PARA DEVOLUÇÃO DO AR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE UIRAUNA RUA POETA FRANCISCO EVARISTO SN 58915000 - UIRAUNA - PB		COMARCA DE UIRAUNA - PB DATA RECEBIDO HOJE 05 / 05 / 19		CARIMBO UNIDADE DE ENTREGA SOUSA - PB 08 MAI 2019
TENTATIVAS DE ENTREGA		OBSERVAÇÃO 0800064.04.2019.815.0491		RUBRICA E MATRÍCULA DO CARTEIRO Sílvia Lacerda de Sousa Agente de Correios Matr. 8.478.542-0
1ª _____ h 2ª _____ h 3ª _____ h		MOTIVO DE DEVOLUÇÃO <input type="checkbox"/> Mudou-se <input type="checkbox"/> Recusado <input type="checkbox"/> Endereço insuficiente <input type="checkbox"/> Não procurado <input type="checkbox"/> Não existe o número <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Falecido <input type="checkbox"/> Outros		
ASSINATURA DO RECEBEDOR Sílvia Lacerda de Sousa		DATA DE ENTREGA 08/05/19		Nº DOC. DE IDENTIDADE





juntada de ofício

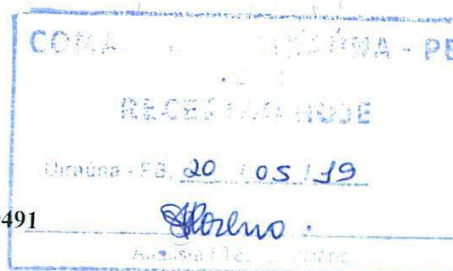




Ofício 13.021.110/064/2019

Exmo. Dr. Francisco Thiago da Silva Rabelo
Juiz de Direito
Poder Judiciário – Comarca Uiraúna/PB
Rua Poeta Francisco Evaristo, s/n
CEP 58915-000 – UIRAÚNA/PB

Sousa/PB, 09 de maio de 2019




Assunto: Resposta ofício 240/2019 – Processo: 0800064-04.2019.8.15.0491

Em atenção a solicitação de informações, emitido pelo Poder Judiciário de Uiraúna/PB, vimos através deste, fornecer as informações de que dispomos;

2. Após pesquisas feitas em nossos sistemas corporativos com os dados fornecidos, não encontramos em nome de MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, CPF Nº 018.673.644-41, benefício concedido de sua titularidade;
3. Quanto à existência de dependentes, verificamos que até a presente data não consta nenhum registro de pedido de Pensão por Morte tendo como instituidora a falecida MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA. Portanto, nenhum dependente habilitado nesta Autarquia em nome da citada falecida.
4. Para justificar o aqui exposto, estamos encaminhando relatórios anexos.

Atenciosamente,

Maria Aparecida Casimiro Gabriel
Chefe de Benefícios


Ana Lígia S. Ribeiro
Gerente Substituta

APS – Sousa/PB – (083) 3522.1182 - aps13021110@inss.gov.br





07/05/201

Número: 0800064-04.2019.8.15.0491

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única de Uiraúna**

Última distribuição : **22/02/2019**

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

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA (AUTOR)		RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS (ADVOGADO) DEMOSTENES CEZARIO DE ALMEIDA (ADVOGADO) PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO (ADVOGADO)	
MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA (AUTOR)		RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS (ADVOGADO) DEMOSTENES CEZARIO DE ALMEIDA (ADVOGADO) PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO (ADVOGADO)	
ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO (AUTOR)		RAIMUNDO CEZARIO DE FREITAS (ADVOGADO) DEMOSTENES CEZARIO DE ALMEIDA (ADVOGADO) PEDRO FERNANDES DE QUEIROGA NETO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
20941 941	06/05/2019 09:06	Ofício	Ofício



Acao

Inicio Anterior Origem Desvio Restaura Fim

Nome: MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA

Mae :

Data Nasc.: 30051970 (DDMMAAAA)

Obs: Nome da mae e Data Nascimento sao opcionais.

1

NAO EXISTE BENEFICIO COM ESTE NOME E DATA NASCIMENTO

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3







INSS

**CNIS – Cadastro Nacional de Informações Sociais
Dados Pessoa Física - Portal CNIS**

Página 1
09/05/2019

Critérios de busca

Nit:	CPF: 018.673.644-41	Nome:
Data de Nascimento:	CNH:	Nome da Mãe:
Título de Eleitor:	CTPS:	Identidade:

Dados Pessoa Física

NIT	Nome	Nome da Mãe	Data de Nascimento	Situações	CPF
16435058580	MARIA MADALENA DA SILVEIRA	FRANCISCO ADELINO DE MORAIS	30/05/1970	Nit normal	01867364441

"O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme artigo 19, § 3º do Decreto 3.048/99."





INSS
CNIS - Cadastro Nacional de Informações Sociais
Extrato Previdenciário - CNIS Cidadão

09/05/2019 10:15:11

Identificação do Filiado	Nome: MARIA MADALENA DA SILVEIRA Nome da Mãe: FRANCISCO ADELINO DE MORAIS Data de Óbito: 08/12/2018
Nit: 1.643.505.858-0 CPF: 018.673.644-41 Data de Nascimento: 30/05/1970	
Não foram encontrados vínculos para o NIT selecionado.	

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3 do Decreto 3.048/99

EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA
COMARCA DE UIRAÚNA – pb.

Autos nº 0800064-04.2019.8.15.0491

ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA e OUTROS, já qualificados nos autos da ação em epígrafe, que movem em desfavor de **SEGURADORA LIDER CONSORCIOS S.A.**, por seu procurador e advogado signatário, vêm, respeitosamente, perante Vossa Excelência, **juntar declaração conforme determinado no despacho retro (ID. 20923951)**, expondo e requerendo o que segue:

ANTE O EXPOSTO, diante do cumprimento do despacho (ID. 20923951), os autores pugnam pela juntada da declaração em anexo, bem como requererem o prosseguimento do feito, na forma da lei.

N. Termos;

P. Deferimento.

Uiraúna – PB, 21 de maio de 2019.

Dr. Pedro Fernandes de Queiroga Neto

OAB/PB 21.368



DECLARAÇÃO

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO, E SOB AS PENAS DA LEI, ESPECIALMENTE PARA FAZER PROVA EM JUÍZO, ESPECIFICAMENTE NOS AUTOS DO PROCESSO - 0800064-04.2019.815.0491 - QUE A Sr^a. MARIA MADALENA MORAIS DA SILVEIRA, INSCRITA NO CPF: 018.673.644-41 E RG: 1.464.260 - SSP-PB, AO FALECER NÃO DEIXOU BENS A INVENTARIAR, BEM COMO DEIXOU COMO ÚNICOS HERDEIROS OS SEGUINTE IRMÃOS, POIS ERA SOLTEIRA E NÃO TINHA FILHOS NEM PAIS VIVOS:

- 1 - ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA- CPF: 874.001.034-15;
- 2 - MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA - CPF:018.583.404-38;
- 3 - ANTONIO LOPES DA SILVEIRA NETO - CPF:510.664.324-49.

UIRAÚNA(PB), 20 DE MAIO DE 2019

MOUSINHO
NONATO

Elioneide morais da silveira

MOUSINHO
NONATO

ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA

Maria do Socorro morais da silveira

MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA



Fica o Advogado INTIMADO para audiencia de conciliação designada para o dia 05/11/2019 às 08:40 horas, no Fórum local.

Devendo o advogado proceder a intimacao da parte autora e traze-la ao ato, sob pena de preclusao, demonstrando nos autos a intimacao da mesma.

Uiraúna-PB, 03/09/2019

Técnica Judiciário



recibo de postagem



0800064.04.2019...

1



RECIBO DE POSTAGEM

TOTAL PAGO

R\$

JN 33810868 5 BR

rubrica do funcionário

NATUREZA

VALOR DECLARADO

PESO

Ata

—

0,064

A SER PREENCHIDO PELO REMETENTE SEM FASURA

NOME DO DESTINATÁRIO

Rep. Legal Seg. Fidei dos

consórcios

ENDEREÇO

CEP

CIDADE

UF

Rio de Janeiro RJ



COMP DE INTIMACAO





CEZÁRIO ADVOCACIA
Assessoria jurídica e cobrança empresarial
Causas: cíveis, criminais, trabalhistas e previdenciárias
Fone/Fax: (83) 3534-2399

CARTA DE INTIMAÇÃO

Processo nº: 0800064-04.2019.8.15.0491

Comarca: UIRAÚNA – PB

Parte autora: ELIONEIDE MORAIS DA SILVEIRA, MARIA DO SOCORRO MORAIS DA SILVEIRA e ANTÔNIO LOPES DA SILVEIRA NETO

Parte ré: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DE SEGURO DPVAT S.A.

Pela presente, vem seu advogado, abaixo assinado, **INTIMÁ-LO(A)** para comparecer à **AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO** designada para o dia **05/11/2019, às 08:40 h**, na sala de audiências do Fórum Juiz José Normando Fernandes, localizado na Rua Poeta Francisco Evaristo, S/N, bairro Retiro, Uiraúna/PB, CEP: 58.915-000, fone: (83) 3534-2698 (art. 334, §3º, CPC).

Em oportuno, fica Vossa Senhoria advertido(a) que a sua ausência injustificada para o ato será considerado ato atentatório à dignidade da justiça e será sancionado com multa de até dois por cento da vantagem econômica pretendida ou do valor da causa, revertida em favor da União ou do Estado (art. 334, § 8º, CPC).

DATA DA CIÊNCIA: 18/09/19.

ASSINATURA: Elioneide morais da silveira

ASSINATURA: Maria do Socorro morais da silveira

ASSINATURA: Antonio lopes da silveira neto


Bel. Pedro Fernandes de Queiroga Neto
OAB/PB 21.368

Rua Manoel Mariano, nº 36, Centro, Uiraúna – PB, CEP: 58.915-000
Bel. Raimundo Cezário de Freitas, Advogado OAB/PB 4.018
Cel: (83) 9.9954-9635; (83) 9.9144-4269 - E-mail: raimundocezariof@gmail.com
Bel. Demóstenes Cezário de Almeida, Advogado OAB/PB 14.541
Cel: (83) 9.9924-3923; E-mail: demostenescezario@hotmail.com

Página 1

