



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9814153

A/C: EWERTON SOARES DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3160590712 ASL-1085380/16  
**Vitima:** EDILMA SOARES BATISTA  
**Data Acidente:** 12/04/2015  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9814759

A/C: TAUANY SOARES BATISTA

**Sinistro:** 3160590712 ASL-1085380/16  
**Vitima:** EDILMA SOARES BATISTA  
**Data Acidente:** 12/04/2015  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2016

Carta nº: 9815057

A/C: JOAO BATISTA EMIDIO DA SILVA

**Sinistro:** 3160590712 ASL-1085380/16  
**Vitima:** EDILMA SOARES BATISTA  
**Data Acidente:** 12/04/2015  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº 10768512

a/c: TAUANY SOARES BATISTA

**Sinistro:** 3160590712 ASL-1085380/16  
**Vitima:** EDILMA SOARES BATISTA  
**Data Acidente:** 12/04/2015  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº 10768794

a/c: EWERTON SOARES DE OLIVEIRA

**Sinistro:** 3160590712 ASL-1085380/16  
**Vítima:** EDILMA SOARES BATISTA  
**Data Acidente:** 12/04/2015  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2017

Carta nº 10769881

a/c: JOAO BATISTA EMIDIO DA SILVA

**Sinistro:** 3160590712 ASL-1085380/16  
**Vitima:** EDILMA SOARES BATISTA  
**Data Acidente:** 12/04/2015  
**Natureza:** MORTE  
**Procurador:**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, João Batista Emilio da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 5745110 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 16/09/1996CPF- 030676399-90 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO REUSO

E RENDA MENSAL DE R\$ reuso (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilma Soares Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 065.955-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Marcação 01 de Abrilde 2016

LOCAL E DATA

João Batista Emilio da SilvaASSINATURA DO BENEFICIÁRIO  
CORRETORA

26-SET-2016

## ⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474

259-675736404-6

16/SET/2015

HORA DE 08:41:41

13:15081 9

TERM: 00700

LOCALIDADE: RIO TINTO

AG. VINCULADA: 0044

CONTROLE: 353500920

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0044 013 00065855-5

JOAO BATISTA EMIDIO SILVA

VALOR

: 200,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

259-675736404-6

CAIXA Loterias

VIA DO CLIENTE

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA

CG  
CORRETORA

26 SET. 2015

DPVAT/PB





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO I



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Taunany Soares BatistaPORTADOR(A) DO RG Nº 4.082.431 EXPEDIDO POR SSDSI PB EM 17/08/2019CPF 117040704-81 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Recluso

E RENDA MENSAL DE R\$ Recluso (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilma Soares Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 093.881-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Moncação 01 de Abril de 2016

LOCAL E DATA

Taunany Soares Batista

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



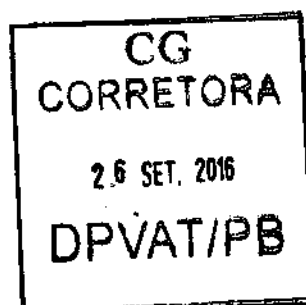
## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CORRETORA

DPVAT/PB





Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Euerton Soares de Oliveira  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 48.076.997-4 EXPEDIDO POR SSP-SP EM 24/07/2016  
 CPF 397795678-24 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou-se  
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou-se (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilma Soares Batista, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0049 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 96330-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Maracão de 20 de Julho de 2016, Euerton Soares de Oliveira  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**! ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares. 25 de Set. 2016

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**CG  
CORRETORA**

**DPVAT/PB**

CAIXA Loterias

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101  
OUVIDORIA 0800 725 7474  
OUVIDORIA 0800 725 7474

096-764878320-8

05/ABR/2016

HORA DE 11:18:00

LOT: 13.14634-0

TERM: 001283

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0617

CONTROLE: 900324280

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0044 013 00096330-7

EWERTON SOARES DE OLIVEIRA

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO  
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

096-764878320-8

VIA DO CLIENTE

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**  
**MARCAÇÃO/PB**

Livro nº: 001/2016

Ocorrência nº: 023/2016

Aos 03 dias de MARÇO de DOIS MIL E DEZESEIS, nesta cidade de RIO TINTO/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **NORIVAL GOMES PORTELA FILHO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) AD HOC, aí, por volta 10h:39min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

TAUANY SOARES BATISTA, conhecido Por, apresentou a Identidade nº: 4082431 SSP/PB, CPF nº: 117.040.704-81, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: estudante, filho(a) de Edilma Soares Batista, natural de Guarulhos/SP nascido(a) em 23/04/1996 (20 anos de idade), do sexo Feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Aldeia Tramataia - zona rural - Rio Tinto/PB, tendo como ponto de referência Rio Tinto/PB, fone(s) para contato(83)

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

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE COM MORTE;
- 2) DATA DO FATO: 12/04/2015;
- 3) HORÁRIO:;
- 4) LOCAL: NA CIDADE DE Marcação/PB.

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que, a noticiante é filha da vítima do acidente a senhora EDILMA SOARES BATISTA; QUE, no dia do fato sua mãe vinha na garupa de uma moto pertencente a pessoa de JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA; QUE, ambos encontravam-se trafegando na 041/PB na altura do bar do Gaiamúm e do Ginásio de esportes da cidade de Marcação/PB, próximo a entrada da ALDEIA LAGOA GRANDE; QUE, segundo informações na época do fato a pessoa de João teria perdido o controle da moto e dona EDILMA que encontrava-se na garupa teria caído e em sentido contrário vinha outro veículo que teria passado por cima da vítima que veio a óbito enquanto estava sendo socorrida pelo SAMU; QUE, a referida moto pertence ao senhor JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA CONFORME XERO DO DOCUMENTO APRESENTADO NESTA DELEGACIA; QUE A MOTO É UMA HONDA CG 125 FAN, COR PRETA, PLACA OET3298/PB, ANO /MODELO 2011, CHASSI Nº 9C2JC4110BR782860, RENAVAL Nº 0034035193-4.

6) OBSERVAÇÕES: Sem observações

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

*Tauany Soares Batista*  
TAUANY SOARES BATISTA  
Comunicante



*D. Apomes*  
Patrícia Neizida Albuquerque Gomes  
Agente de Investigação  
Polícia Civil  
Matrícula 182.027-3



CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB



\*0002\*

Implantação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME:  
**EDILMA SOARES BATISTA**

MATRÍCULA:  
**0699060155 2015 4 00002 201 0000999 10**

**Cartório do Registro Civil**  
Marta M<sup>a</sup> B. dos Santos - Oficiala  
Andreina B. dos Santos - Substituta  
Edisio de Oliveira Silva - Escrevente  
Marcação - PB

SEXO feminino	COR Indígena	ESTADO CIVIL E IDADE solteira, 42 anos
NATURALIDADE/UF Rio Tinto-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº. 169.141.918-40
ELETOR SIM - Nº 258668530191, Zona: 55 - PB		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) ANTONIO SOARES BATISTA e MARIA CORDEIRO BATISTA, falecida. Residia na(o) Aldeia Tramataia, no município de Marcação-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO doze de abril de dois mil e quinze - 19:00		DIA 12
		MÊS 04
		ANO 2015
LOCAL DO FALECIMENTO Em via pública: PB-041 Próximo a entrada da aldeia Lagoa Grande no município de Marcação-PB		
CAUSA DA MORTE Politraumatismo com fratura de base de crânio e lesão meningo encefálica. Vítima de acidente de moto.		
NOME DO MÉDICO / CRM Dr <sup>a</sup> Francisca Divina S. de Melo - CRM: 3272		LOCAL DO SEPULTAMENTO Cemitério da aldeia Camurupim no município de Marcação-PB
DECLARANTE TAUANY SOARES BATISTA, Filha da falecida, brasileira, solteira, com 18 anos de idade, Estudante, residente e domiciliada: Aldeia Tramataia, Marcação-PB, natural de Guarulhos-SP		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 13/04/2015, no Livro C-00002, Nº 999, folha 201. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 22499271. Deixou bens e 07 filhos, sendo cinco (05) de menor idade		
NOME DO OFÍCIO Marta Maria Barreto dos Santos		
OFICIAL REGISTRADOR Marta Maria Barreto dos Santos		
MUNICÍPIO/UF Marcação-PB		
ENDEREÇO Avenida João Ferreira dos Santos, 875 Centro Marcação-PB - CEP 58294000 Fone: (83) 36251105 E-mail: cartorio-marta@hotmail.com		

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Marcação-PB, 13 de Abril de 2015

*Marta Maria Barreto dos Santos*

Marta Maria Barreto dos Santos  
Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: AAH82280-7K07  
Consulta a autenticidade em: <https://setodigital.tpb.jus.br>

CG  
CORRETORA  
26 SET. 2016  
DPVAT/PB

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

HOSPITAL GERAL DE NANANGUAPE

SERVIÇO DE VERIFICAÇÃO DE ÓBITO  
GUIA DE REMOÇÃO DE CADAVER

GOVERNO  
DA PARAIBA

COF

26 SET 2016

DPVAT

DATA DO ÓBITO

DATA 12, 04, 11

REGISTRO:

ENCAMINHAMENTO

☒ IML

☐ SVO

HORA 14:00

I - UNIDADE HOSPITALAR:

ENDEREÇO:

II - IDENTIFICAÇÃO DO CADAVER

NOME: Edilma Cordeiro Brito

IDADE:

SEXO: F

COR:

COR DOS CABELOS:

Ocupação:

GESTANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

☒ IGN

SINAIS PARTICULARES:

RESIDÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PARA ÓBITO FETAL E DE MENORES DE UM ANO PREENCHER

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

PAI OCUPAÇÃO HABITUAL:

MÃE OCUPAÇÃO HABITUAL:

PAI GRAU INSTRUÇÃO:

☐

NENHUMA

☐

FUNDAMENTAL

☐

2º GRAU

☐

SUPERIOR

☐

IGN

MÃE GRAU INSTRUÇÃO:

☐

NENHUMA

☐

FUNDAMENTAL

☐

2º GRAU

☐

SUPERIOR

☐

IGN

Nº DE FILHOS: NASCIDOS VIVOS

NASCIDOS MORTOS

TOTAL

DURAÇÃO DA GESTAÇÃO EM SEMANAS:

☐

MENOS DE 20

☐

DE 20 A 27

☐

DE 28 OU MAIS

☐

IGN

GRANDEZ:

☐

ÚNICA

☐

DUPLA

☐

TRÍPLICE

☐

MAIS DE 03

☐

IGN

PARTO:

☐

ESPONTÂNEO

☐

OPERATÓRIO

☐

FÓRCEPES

☐

IGN

MORTE (EM RELAÇÃO AO PARTO):

☐

ANTES

☐

QUARENTE

☐

DEPOIS

☐

IGN

PARA MENORES DE 28 DIAS OU ÓBITO: RESO AO NASCER:

☐

IGN

III - LOCAL DE OCORRÊNCIA DO ÓBITO:

☐ RESIDÊNCIA

☒

VIA PÚBLICA

☐

HOSPITAL

☐

TRABALHO

☐

OUTROS

☐

ENDEREÇO:

IV - CIRCUNSTÂNCIAS EM QUE OCORREU A MORTE

1. ☐ MORTE NATURAL

☐

ACIDENTE

☐

SUBITA

☐

2. ☒ MORTE ACIDENTE

2.1

☐ HOMICÍDIO

2.3.1

☒ TRANSTO

☒

PRESENCIA

☐

PERESTRE

☐

2.2

☐ SUICÍDIO

2.3

☒ PRESENTE

☐

(Fungimento)

☐

☐

☐

2.3

☒ PRESENTE

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

#### 4 - CONDIÇÕES, AGENTE OU FONTE DA MORTE VIOLENTA

4.1 TIPO/INSTRUMENTO: ☐ ARMA DE FOGO ☒ ARMA BRANCA ☐ ENFORCAMENTO ☐ AFOGAMENTO  
☐ QUEIMADURA ☐ CHOQUE ELÉTRICO ☐ ESPALHAMENTO ☐ QUEDA DE NÍVEL

☐ USO DE DROGA QUAL? \_\_\_\_\_ ☐ OUTROS QUAL? \_\_\_\_\_ ☐ OUTROS QUAL? \_\_\_\_\_

4.2. MODO: ☐ AGRESSÃO FÍSICA ☐ ASSALTO ☐ AÇÃO POLICIAL ☐ AGRESSÃO SEXUAL  
☒ OUTRO QUAL? Abordamento ☐ IGNORADO

#### V - INFORMAÇÕES DO SERVIÇO MÉDICO

☒ CHEGOU SEM VIDA AO SERVIÇO

☐ FALECEU AO RECEBER OS PRIMEIROS SOCORROS

☐ FALECEU DURANTE DO INTERNAMENTO: \_\_\_\_\_ DIAS

FALECEU NO: ☐ PRÉ-OPERATÓRIO

☐ TRANS-OPERATÓRIO

☐ PÓS-OPERATÓRIO

QUADRO APRESENTADO AO CHEGAR NO HOSPITAL:

LESÕES APRESENTADAS EM REGIÕES DO CORPO: Escoriações e hematomas pelo corpo

#### SÍNTESE DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente de sexo masculino, vítima de agressão física, vítima de  
agressão física quando estava sendo abordado por um indivíduo  
armado pelo SSU, mas chegou ao hospital em estado de

ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL:

☐ CLÍNICO, MEDICAÇÃO UTILIZADA:

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

☐ CIRÚRGICA, TIPO DE CIRURGIA:

RETIRADA DE CORPO ESTRANHO: ☐ SIM ☐ NÃO (SE RETRADO ENVIAR AO IML)

EXAMES COMPLEMENTARES DE RELEVÂNCIA:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS FORMULADAS:

Abordamento, TCE 7. Pol. de segurança

OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIO:

EXAMES COMPLEMENTARES DE RELEVÂNCIA:

Wendell Reisant Rouni  
Médico  
CRM-9181

DATA:

12/04/16

NOME:

CRM-PB:





I Identificação	1) Tipo de óbito 1 <input checked="" type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	Hora 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12	3) Cartão SUS 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	4) Naturalidade Município / UF (Se estrangeiro informar País) Paracatu - MG
	5) Nome do Falecido Edilma Soares Batista	6) Nome do Pai Antônio Soares Batista	7) Nome da Mãe Maria Córdova Batista		
	8) Data de nascimento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	9) Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado	10) Sexo 1 <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. 2 <input checked="" type="checkbox"/> F - Fem. 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	11) Raça/Cor 1 <input checked="" type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta 3 <input type="checkbox"/> Amarela 4 <input type="checkbox"/> Parda 5 <input type="checkbox"/> Indígena 6 <input type="checkbox"/> Ignorada	12) Situação conjugal 1 <input type="checkbox"/> Solteiro 2 <input type="checkbox"/> Casado 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 5 <input type="checkbox"/> União estável 6 <input type="checkbox"/> Ignorada
II Residência	13) Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo 6 <input type="checkbox"/> Ignorado	Série 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) do lar	Código CBO	
	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) R. B. 041	16) Número 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	17) Complemento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	18) CEP 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	
	19) Bairro/Distrito 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	20) Código 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	21) Município de residência Paracatu	22) Código 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	
III Ocorrência	23) Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 2 <input type="checkbox"/> Outros estabelecimentos de saúde 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 4 <input type="checkbox"/> Via pública 5 <input type="checkbox"/> Outros 6 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena 7 <input type="checkbox"/> Ignorado	24) Estabelecimento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	25) Código CNES 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31		
	26) Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) R. B. 041	27) Número 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	28) Complemento 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	29) CEP 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	
	30) Bairro/Distrito 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	31) Código 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	32) Município de ocorrência Paracatu	33) Código 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	
IV Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	34) Idade (anos) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	35) Escolaridade (última série concluída) Nível 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 5 <input type="checkbox"/> Superior completo 6 <input type="checkbox"/> Ignorado	Série 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	36) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) do lar	Código CBO 200
	37) Número de filhos vivos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	38) Nº de semanas de gestação 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31	39) Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 4 <input type="checkbox"/> Ignorada	40) Tipo de parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	41) Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 4 <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				
	42) A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 2 <input type="checkbox"/> No parto 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos 7 <input type="checkbox"/> Ignorado	ASSISTÊNCIA MÉDICA 43) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado			
	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO 44) Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado				
VI Médico	CAUSAS DA MORTE				
	PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) <u>Infarto agudo do miocárdio com ruptura de parede livre</u> b) <u>Insuficiência cardíaca congestiva</u> c) <u>Encefalopatia hipertensiva</u> d) <u>Outra</u>				
VII Causas externas	MÉDICO				
	45) Nome do Médico Fernando Henrique de Melo	46) CRM 3212	47) Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 2 <input type="checkbox"/> Substituto 3 <input type="checkbox"/> IML	48) Município e UF do SVO ou IML Paracatu - MG	49) Assinatura F. H. de Melo
	50) Data de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 321 852 11	51) Data do atestado 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31			
VIII Cartório	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
	52) Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 3 <input type="checkbox"/> Homicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros 5 <input type="checkbox"/> Ignorado	53) Acidente de trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Ignorado	54) Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra 5 <input type="checkbox"/> Ignorada		
	55) Descrição sumária do evento Vítima de acidente de moto	Tipo de local de ocorrência de acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 3 <input type="checkbox"/> Outro domicílio 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento 5 <input type="checkbox"/> Outros 6 <input type="checkbox"/> Ignorada			
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA					
56) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) R. B. 041					
57) Número 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31					
58) Bairro 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31					
59) Município Paracatu					
60) Cartório 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31					
61) Registro 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31					
62) Data 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31					
63) Município 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31					



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA

Marta Maria Barreto dos Santos  
Cartório do Registro Civil e Notas de Marcação - Paraíba

Avenida João Ferreira dos Santos, 875 Centro, Marcação-PB-cartorio-marta@hotmail.com  
Marta Maria Barreto dos Santos - Oficiala do Registro Civil Estefânia Barreto dos Santos - Oficiala Substituta

GUIA DE SEPULTAMENTO

Termo Nº: 999 Livro nº:C-00002 Folha nº: 201

Nome: EDILMA SOARES BATISTA

Endereço: Aldeia Tramataia, na cidade de Marcação-PB

Data Nascimento: 25/03/1973

Data Obito: 12/04/2015

Filiação: ANTONIO SOARES BATISTA  
MARIA CORDEIRO BATISTA, falecida

Profissão: Pescador

Sepultamento: Cemitério da aldeia Camurupim, Marcação-PB\*.

Cartório do Registro Civil  
Marta M. B. dos Santos - Oficiala  
Andreina B. dos Santos - Substituta  
Edisio de Oliveira Silva - Escrevente  
Marcação - PB

Marcação-PB, 13 de abril de 2015

  
Marta Maria Barreto dos Santos  
Oficiala do Registro Civil

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

EDILMA SOARES BATISTA  
ALDEIA TRAMATAIA, S/N - AREA RURAL  
MARACAO/PB CEP 5828000 (AG 14)

Classe/Abcto: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA IND MONOFASICO  
Rotômetro: 3 - 261 - 971 - 845  
Nº medidor: 00008487818

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
Rt 230, Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-8  
CNPJ 09 096 193/0001-40 Insc Est 16.015.826

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 302 0  
Código para Débito Automático: 0001170614

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

38b c382 94eb 77fa ea16 4cbb 57b8 78b2

Conta referente a

Abr / 2015

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da  
próxima leitura

07/05/2015

CPF/ CNPJ/ RANI  
18814181840

CDC (Código do Consumidor):

5/1170614-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

CG  
CORRETORA

26 SET. 2015

DPVAT/PB

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 02/04/2015 PAGAS.  
OBRIGADO!

Histórico de Consumo  
(kWh)

Mar/15	129
Fev/15	121
Jan/15	155
Dez/14	115
Nov/14	114
Out/14	106
Set/14	111
Ago/14	106
Jul/14	135
Jun/14	111
Mai/14	119
Abr/14	105

Média dos últimos meses  
120 kWh

Indicadores de Qualidade 2/2015 - Rio Tinto

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	13,30	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	15,34	CONTRATADA
DIC ANUAL	52,88	201
FIC MENSAL	6,50	231
FIC TRIMESTRAL	17,09	
FIC ANUAL	34,18	
DMC	7,20	
DICR	16,90	

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 08/03/15	Leitura 3090	Data 07/04/15	Leitura 2228	130

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 50 kWh-BR	50	0,00000	0,00
Consumo - 51 a 100 kWh-BR	50	0,22427	11,21
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	38	0,32840	12,11
Adic. B. Vermelha			2,42

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,89
COFINS	2,94
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA	7,31
JUROS DE MORA 03/2015	0,08
MULTA 03/2015	1,00
ICMS (Base de Cálculo R\$ 85,84   Alíquota 27,00%)	23,17

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$32,35.  
Resposta Extraordinária-Vigência 02/03/2015-Res ANEEL Nº 1.858-Efeito médio 3,62%

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia a PB	10,57	17,06
Compra de Energia	12,83	20,90
Serviço de Transmissão	0,89	1,44
Encargos Setoriais	2,36	3,91
Impostos Diretos e Encargos	35,19	56,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	61,88	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição  
(Rel. 2/2015) R\$ 5,75

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

PARAIBA  
Rotômetro: 3 - 261 - 971 - 845  
Matrícula: 1170614-2015-04-8

83676000000-0 61880054000-6 11706142015-6 04802610019-7

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Batista Emídio da Silva,

RG nº 5745110, data de expedição 16/09/1996,

Órgão SSPIPE, CPF nº 030.676.304-40, venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Alfeia Tramataia</u>
Número	<u>517º</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Marcação</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58294-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

CG  
CORRETORA  
26 SET. 2016  
DPVAT/PB

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Marcação, PB, 01/04/2016.

João Batista Emídio da Silva

Assinatura do Declarante

EDILMA SOARES BATISTA  
ALDEIA TRAMATAIA, S/N - AREA RURAL  
MARCAÇÃO / PB - CEP: 58284-000 (AG: 14)

Classe de Serviço: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA INDIVIDUAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 3 - 261 - 971 - 645  
Número de Medição: 00006487818

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA:  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-6  
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 15.015.822

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.302.0F  
Código para Débito Automático: 0001170614

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

397b c382 94eb 77fa ea18 4cb0 57b8 78b2

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1170614-0**  
Abr / 2015 Canal de contato

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da próxima leitura

07/05/2015

CPF / CNPJ / RANI  
16914181940

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
09/03/15	3090	07/04/15	3226	1
				136
				26

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 02/04/2015 PAGAS  
OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 50kWh-BR	50	0,00000	8,00
Consumo - 51 a 100kWh-BR	50	0,22427	11,21
Consumo - 101 a 220kWh-BR	38	0,32840	12,11
Adic. B. Vermelha			3,43

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,63
COPINS	2,84
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA	7,31
JUROS DE MORA 03/2015	0,08
MULTA 03/2015	1,00
ICMS (Base de Cálculo R\$ 85,94) (Alíquota 27,00%)	23,17

Histórico de Consumo  
(kWh)

Mar/15	139
Fev/15	121
Jan/15	155
Dez/14	115
Nov/14	114
Out/14	108
Sep/14	111
Ago/14	105
Jul/14	135
Jun/14	111
Mai/14	118
Abr/14	105

Média dos últimos meses  
120 kWh

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

Indicadores de Qualidade 2015 - RAI Teto

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA 201
DIC ANUAL	0,00	LIMITE INFERIOR 221
FIC MENSAL		LIMITE SUPERIOR
FIC TRIMESTRAL		
FIC ANUAL		
DMC		
DICR		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia-PB	10,57	17,06
Compra de Energia	12,83	20,90
Serviço de Transmissão	0,89	1,44
Encargos Setoriais	2,38	3,91
Impostos Diretos e Encargos	25,13	56,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	61,88	100,00

Valor do encargo do Uso do Sistema de Distribuição  
(Ret. 2/2015) R\$ 9,78

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$ 32,36  
Resolução Extraordinária Vigência: 02/03/2015-Res. ANEEL Nº 1.058-Efeito médio 3,92%

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

PARAIBA  
Roteiro: 3 - 261 - 971 - 645  
Matrícula: 1170614-2015-04-8

83670000000-0 61880054000-8 11706142015-6 04802610019-7



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tauany Soares Batista

RG nº 4.092.431, data de expedição 17 / 08 / 2012,

Órgão SSDS/PB CPF nº 117.040.704-81, venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Aldeia Tramataia</u>	
Número	<u>5120</u>	
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>Área Rural</u>	<b>CG CORRETORA</b>
Cidade	<u>Marcação</u>	
Estado	<u>PB</u>	<b>26 SET, 2016</b>
CEP	<u>58294-000</u>	<b>DPVAT/PB</b>
Telefone de contato		
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Marcação, PB, 01 / 04 / 2016

Tauany Soares Batista

Assinatura do Declarante



EDILMA SOARES BATISTA  
ALCEIA TRANATAIA, S/N - AREA RURAL  
MARACAO/PE CEP 58260-000 (AG 14)

Classificação: RESIDENCIAL / BARRACADA MONOFÁSICA  
Rotômetro: 3 - 261 - 971 - 645  
Fornecedor: 00008497818  
Referência: Abr/2015  
Emissão: 07/04/2015

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA  
R. 230, km 26 - Crato Redenção - São Paulo/PE - CEP 58071-0  
CNPJ 08.085.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.72  
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica 17009.002 de  
Código para Débito Automático: 600117041

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

39th c362 946h 77fs eal8 4cb0 5768 7802

Conta referente a **CDC (Código do Consumidor): 5/1170614-0**  
Canal de contato

Abr/2015

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.429, de 26 de abril de 2002

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da próxima leitura

07/05/2015

CPF/ CNPJ/ RANI  
10814191840

Cálculo de consumo

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
07/04/2015 PAGAS  
OBRIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 03/03/15 Leitura: 3028	Data: 07/04/15 Leitura: 2228	1	128	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 50kWh-BR	50	0,00008	0,00
Consumo - 51 a 100kWh-BR	50	0,22427	11,21
Consumo - 101 a 220kWh-BR	35	0,39840	13,94
Adic. B. Vermeã			3,43

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS  
COFINS  
CONTRIBUIÇÃO LUM PÚBLICA  
JUCOS DE MORA 03/2015  
Multa 03/2015  
ICMS (Base de Cálculo R\$ 25,84 | Alíquota 2,00%)

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/15	128
Fev/15	121
Jan/15	155
Dez/14	115
Nov/14	114
Out/14	105
Sep/14	111
Ago/14	105
Jul/14	135
Jun/14	111
Mai/14	119
Abr/14	105

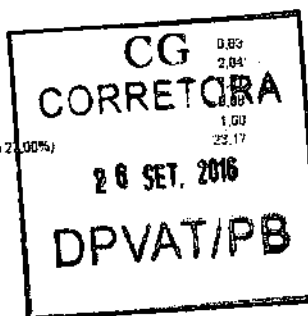
Média dos últimos meses  
- 128 kWh

Indicadores de Qualidade 2/2015 - Rio Tiro

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL DIE TRIMESTRAL DIE ANUAL DIE MENSAL DIE TRIMESTRAL DIE ANUAL DIE MENSAL DIE TRIMESTRAL DIE ANUAL	0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00	NOMINAL 220 CONTRATADA 201 LIMITE INFERIOR 231 LIMITE SUPERIOR

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como BARRACADA, tendo um desconto de R\$32,35  
Reajuste Extraordinário-Vigência 02/03/2015-Rec ANEEL Nº 1 959-Eleto médio 3,92%



VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PE	10,57	17,08
Compra de Energia	12,83	20,80
Serviço de Transmissão	0,89	1,44
Encargos Sociais	2,36	3,81
Impostos Diretos e Encargos	35,13	56,77
Custos Serviços	0,00	0,00
Total	61,88	100,00

Valor de encargo do Uso do Sistema de Distribuição  
(R\$ 2/2015) R\$5,78

VENCIMENTO

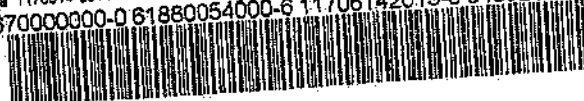
26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

PARAIBA  
Rotômetro: 3 - 261 - 971 - 645  
Matrícula: 1170614-2015-04-8

8367000000-0 61880054000-6 11706142015-6 04802610019-7



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Everton Soares de Oliveira

RG nº 48.076.987-4, data de expedição 24/01/2011,

Órgão SSP/SP, CPF nº 397.785.678-2, venho perante a este

instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Aldeia Tramatoia</u>
Número	<u>51º</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Maracão</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58294-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Maracão / PB 20/07/2016

Everton Soares de Oliveira  
Assinatura do Declarante



JOMARIO DE CONCELOS COUTINHO  
AV VASCO DA GAMA, 1034 - JAGUARIBE  
JOAO PESSOA/PB CEP: 58015-180 (AG. 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL TRIFÁSICO  
Roteiro: 13 - 1 - 183 - 1740  
Nº medidor: 00008683108  
Referência: Mai/2016  
Emissão: 20/05/2016

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-880  
CNPJ 08.036.193/0001-40 - Ins. Est. 18.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 527.745  
Código para leitura Automática: 00004716833



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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 5/471683-3

Canal de contato

Mai/2016

Apresentação

20/05/2016

Data prevista da próxima leitura

21/06/2016

CPF/CNPJ/RANI

3468415438

Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 16/05/2016 PAGAS  
OBRIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 20/04/16 Leitura: 3913	Data: 20/05/16 Leitura: 4008	1	193	30
<b>Demonstrativo</b>				
Descrição		Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh		193	0,41617	80,70
ICMS				31,58
PIS				0,84
COFINS				3,88
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
CONTRIB SERV. ILLUM. PÚBLICA				4,88

Histórico de Consumo (kWh)

Abr/16	170
Mai/16	189
Fev/16	185
Jan/16	231
Dez/15	238
Nov/15	244
Out/15	283
Set/15	287
Ago/15	194
Jul/15	182
Jun/15	265
Mai/15	304

Média dos últimos meses  
228 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	118,88	27,00	31,58
PIS	118,88	0,7193	0,84
COFINS	118,88	3,3032	3,88

VENCIMENTO: 30/05/2016  
TOTAL A PAGAR: R\$ 121,66

76c0.168a.bbfa.1fb1.4a53.c15c.7621.fad3.

Indicadores de Qualidade 3/2016 - João Pessoa

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,40	0,00	NOMINAL 380
DIC TRIMESTRAL	10,86		
DIC ANUAL	21,73		
FIC MENSAL	3,50	0,00	CONTRATADA 360
FIC TRIMESTRAL	6,87		
FIC ANUAL	13,95		
DMC	3,11	0,00	LIMITE SUPERIOR 399
DMC	12,22		

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia/PB	29,83	24,52
Compra de Energia	38,88	32,12
Serviço de Transmissão	2,34	1,92
Encargos Setoriais	8,46	7,77
Impostos Diretos e Encargos	40,88	33,67
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>121,66</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSD (Ref. 3/2016) R\$ 37,53

ATENÇÃO

TERM 00001781 AGENTE 700834 AUTE 70428  
23/05/2016 BANCO DO BRASIL 12:38:10  
001193301 CORRESPONDENTE BANCARIO 0414

COMPROVANTE PAGAMENTOS COM COD. BARRA

CONVENIO: FIDC - ENERGISA PARAIBA

836S00000001 21668149000 04716832016  
05600010019  
NR. DOCUMENTO 11.781  
NR. CONVENIO 97.262-2  
DATA DO PAGAMENTO 23/05/2016  
VLR DO PAGAMENTO 121,66  
NR. AUTENTICACAO B.02C.188.8E0.042.A62

VIA DO CLIENTE

PAG FACIL

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO,

RG nº 0AB/PB 14135-B, data de expedição 01/02/2013,

Órgão OAB/PB, CPF nº 034.594.154-36, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. VASCO DA GAMA</u>	<div>CG CORRETORA 26 SET. 2016 DPVAT/PB</div>
Número	<u>1037</u>	
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>JAGUARIBE</u>	
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>	
Estado	<u>PARAÍBA</u>	
CEP	<u>58015-780</u>	
Telefone de contato	<u>(83) 98874-9800 / (83) 99127-1117</u>	
E-mail	<u>JOMARIOCOUTINHO@GMAIL</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA / PB, 05/04/2016.

Assinatura do Declarante

ANEXO II

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação de referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98

Pelo exposto, eu, Tomario de Vasconcelos Coutinho,  
portador (a) do RG Nº 14135-B, expedido por OAB-PB,  
em 01/02/2013 CPF/CNPJ Nº 034.594.154-36, na qualidade de  
procurador(a)/intermediário(a) do beneficiários(a) João Batista Emilio  
da Silva

do sinistro de DPVAT da natureza Morte  
da vítima Edilma Soares Batista e conforme  
determinação da Circular SUSEP Nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ \_\_\_\_\_

Documentos comprobatórios: Recusa-se

X

ASSINATURA – PROCURADOR(A)/INTERMEDIÁRIO(A)

CG CORRETOR
26 SET. 2016
DPVAT/PB

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	Gizelly Soares da Silva	Filha	Menor	
2.	Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3.	Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4.	Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5.	Tavany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Everton Soares de Oliveira - Filho  
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou ( ) deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros / beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Maracão PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Maracão PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Maracão PB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Taum Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Everton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emilio da Silva	5745110	030.676.304-40	<u>X João Batista Emilio da Silva</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>601318</u>	<u>053.327.924-09</u>	<u>João Batista Emilio da Silva</u>
2. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>2531682</u>	<u>034.594.154-31</u>	<u>João Batista Emilio da Silva</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

# DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS



Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	Gizelly Soares da Silva	Filha	Menor	
2.	Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3.	Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4.	Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5.	Tavany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Gervon Soares de Oliveira - Filho  
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou ( ) deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Tavany Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Quilom Carlos de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

## DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>5745110</u>	<u>030.676.304-40</u>	X <u>João Batista Emilio da Silva</u>

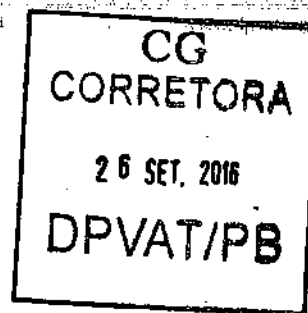
## DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>6001318</u>	<u>053.327.924-07</u>	X <u>João Batista Emilio da Silva</u>
2. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>2531682</u>	<u>034.984.154-31</u>	X <u>João Batista Emilio da Silva</u>

## (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguros DPVAT - SAC DPVAT 0800 022 1304





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	Gizelly Soares da Silva	Filha	Menor	
2.	Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3.	Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4.	Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5.	Tavany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Ewerton Soares de Oliveira - Filho  
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (✓) não deixou companheira(o) ou ( ) deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

X Tamy Soares Batista  
ASSINATURA DO DECLARANTE

X Ewerton Soares de Oliveira  
ASSINATURA DO DECLARANTE

X Felipe Soares Batista  
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Soares Batista Emilio</u>	<u>5745110</u>	<u>030.676.304-40</u>	<u>X Soares Batista Emilio das Silva</u>
2. <u>da Silva</u>			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>José Roberto Soares da Silva</u>	<u>6001318</u>	<u>053.327.921-17</u>	<u>X José Roberto Soares da Silva</u>
2. <u>José Roberto de V. Coutinho</u>	<u>2531682</u>	<u>034.594.154-31</u>	<u>X José Roberto de Vasconcelos Coutinho</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT S&C DPVAT 00107123204

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE	RG	CPF
1. Gizelly Soares da Silva	Filha	Menor	
2. Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3. Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4. Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5. Tavyany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Gerton Soares de Oliveira - Filho  
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou ( ) deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros / beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Marcação IPB - 01/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 01/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 01/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Tavyany Soares Batista  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Alberto Soares da Silva  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Felipe Soares Batista  
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emilio da Silva	5745110	030.676.354-40	<u>João Batista Emilio da Silva</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>5745110</u>	<u>030.676.354-40</u>	<u>João Batista Emilio da Silva</u>
2. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>2531682</u>	<u>034.594.154-31</u>	<u>João Batista Emilio da Silva</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante; e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT

SAC DPVAT 0800 022 1211

www.dpvatsegurodotransito.com.br

**CG**  
**CORRETORA**

26 SET. 2016

**DPVAT/PB**



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Edilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	Gizelly Soares da Silva	Filha	Menor	
2.	Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3.	Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4.	Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5.	Tavany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Ewerton Soares de Oliveira - Filho  
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (v) não deixou companheira(o) ou ( ) deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

x Tamy Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

x Ewerton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

x Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

### DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio</u>	<u>5745110</u>	<u>030.676.304-40</u>	<u>x João Batista Emilio da Silva</u>
2. <u>da Silva</u>			

### DADOS DAS TESTEMUNHAS

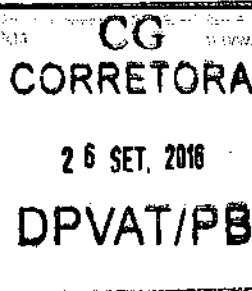
NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>601318</u>	<u>053.327.921-07</u>	<u>x João Batista Emilio da Silva</u>
2. <u>JOAQUIM DE V. COUTINHO</u>	<u>2531682</u>	<u>034.594.154-31</u>	<u>x Joaquim de Vasconcelos Coutinho</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT

SAC DPVAT 0800 077 8114







## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Emília Soares Batista em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de solteira (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	Gizelly Soares da Silva	Filha	Menor	
2.	Alberto Soares da Silva	Filho	Menor	
3.	Mariane Soares Batista	Filha	Menor	
4.	Alexandre Soares Batista	Filho	Menor	
5.	Tavany Soares Batista	Filha	4.082.431	117.040.704-81

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: 6 - Everton Soares de Oliveira - Filho  
7 - Felipe Soares Batista - Filho

Declaro(mos), ainda que a vítima (X) não deixou companheira(o) ou ( ) deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Maracão IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Maracão IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Maracão IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Tavany Soares Batista  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Everton Soares de Oliveira  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Felipe Soares Batista  
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

### DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE (\*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Batista Emilio da Silva</u>	<u>5743110</u>	<u>030.676.304-40</u>	<u>João Batista Emilio da Silva</u>

### DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>João Paulo Tabares de Melo</u>	<u>6001318</u>	<u>053.327.924-09</u>	<u>João Paulo Tabares de Melo</u>
2. <u>João Paulo de V. Coutinho</u>	<u>2531682</u>	<u>034.594.154-31</u>	<u>João Paulo de V. Coutinho</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter **ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS**, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua **entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS)**, o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT

SACU DPVAT

CG  
CORRETORA  
26 SET. 2016  
DPVAT/PB



\*0012\*

Documentos de Identificação

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26.743.646-4 DATA 30/JAN/2006

NOME EDILMA SOARES BATISTA

FILIAÇÃO ANTONIO SOARES BATISTA

E MARIA CORDEIRO BATISTA

NATURALIDADE RIO TINTO -PB DATA DE NASCIMENTO 25/MAR/1973

DOC ORIGEM MARCAÇÃO PB

MARCAÇÃO

CPF CN:LV.A1 /FLS.176V/N.000311

Q.A.L.L. 00 Delegado Divisória

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Q.A.L.L. 00  
09

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8600-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON SAUND

PROIBIDO PLASTIFICAR

Edilma S. Batista

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CG  
CORRETORA

26 SET. 2018

DPVAT/PB

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

CPF

169.141.918-40

EDILMA SOARES BATISTA

25/03/1973

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26.743-64054 30/JAN/2006

NOME EDILMA SOARES BATISTA

FILIAÇÃO ANTONIO SOARES BATISTA  
E MARIA CORDEIRO BATISTA

NATURALIDADE RIO TINTO -PB DATA DE NASCIMENTO 25/MAR/1973

DOC ORIGEM MARCAÇÃO PB  
MARCAÇÃO  
CN:LV.A1 /FLS.176V/N.000311

CPF 01.466.88 Delegada Divisionária



LEI Nº 7.118 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8600-9

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMES DE SAUS

PROIBIDO FALSIFICAR

Edilma S. Batista  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



## REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PARAIBA  
COMARCA DE RIO TINTO  
MUNICÍPIO DE MARCAÇÃO  
DISTRITO DE XXX XXX



Marta Maria Barreto dos santos

Oficial \_\_\_\_\_ do Registro Civil

**NASCIMENTO Nº** 4.850

DOCUMENTO IDENTIFI-  
CAÇÃO.

CERTIFICO que, às fls. 213-V, do livro n.º A-05, de Registro de Nascimentos, foi feito hoje o assento de Gizelly soares da silva

nascida aos D e z (10) de Novembro de 2004.  
XXX XXX às 19:00 horas e 14 minutos, em 0 Instituto  
Cândida Vargas em João Pessoa-PB.

XXX XXX do sexo Feminino.

filha de João Batista Emidio da silva.

natural de Paraíba.

e de Dona Edilma soares Batista.

natural de Paraíba.

CG  
CORRETORA

26 SET. 2005

DPVAT/PB

Seus avós paternos severino Emidio da silva.

e Dona Antonia Francisca da Conceição.

e avós maternos Antonio soares Batista.

e Dona Maria Cordeiro Batista.

Foi declarante 0 Pai.

e serviram de testemunhas Marta Conceição de Lima e

Andreline Barreto dos santos.

Observações: XXX XXX XXX

XXX

XXX

XXX

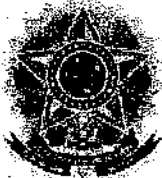
XXX

XXX

O referido é verdade e dou fé.

Marcação, 22 de Novembro de 2004.

Marta Maria Barreto dos santos  
Oficial



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA  
SERVIÇO REGISTRAL E NOTORIAL  
OFÍCIO DE REGISTRO CIVIL  
COMARCA DE RIO TINTO  
MUNICÍPIO DE MARCAÇÃO



MARTA MARIA BARRETO DOS SANTOS (Titular)

NASCIMENTO Nº 5.154

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CERTIFICO que, às fls 290 livro nº A-5 de Registro de nascimento foi  
feito hoje o assento de ALBERTO SOARES DA SILVA  
Nascido aos Seis 06 de Novembro de 2006  
às 15:00 horas e 10 minutos em à Maternidade Frei Damião - João Pes-  
soa - PB.  
do sexo Masculino filho de João Batista Emidio da Silva  
natural da Paraíba.  
e de Dona Edilma Soares Batista  
natural de Paraíba.  
Sendo avós Paternos Severino Emidio da Silva  
e Dona Antonia Francisca da Conceição, falecida.  
e avós Maternos Antonio Soares Batista  
e Dona Maria Cordeiro Batista, falecida.  
Foi declarante O Pai.  
e serviram de testemunha Maria das Neves Ferreira da Silva e Elizabete Medei-  
ros da Silva  
Observação XXX XXX XXX

O referido é verdadeiro e dou fé.



Marcação, 13 de Novembro 2006.

Marta Maria Barreto dos Santos  
Oficiala



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

NOME:

**\*\* Alexandre Soares Batista \*\***

MATRÍCULA:

**\*\* 122697 01 55 1999 1 00774 288 0437611-52 \*\***

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO vinte e seis de julho de mil novecentos e noventa e nove DIA 26 MÊS 07 ANO 1999

HORA 13:17 MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Guarulhos - São Paulo

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO Guarulhos - SP LOCAL DE NASCIMENTO Hospital \*\*\* SEXO Masculino

FILIAÇÃO Edilma Soares Batista Natural do Estado da Paraíba

AVÓS \*\*\* MATERNOS: Antonio Soares Batista e Maria Cordeiro Batista. \*\*\*

GÊMEO Não NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S) Nada Consta

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO vinte e quatro de agosto de mil novecentos e noventa e nove NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO Não Consta

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Nasceu no Hospital Menino Jesus. Assento lavrado no Livro A nº 0774, fls. nº 288-F e Termo nº 437611. Ao Oficial: R\$ 18,37, Ipesp: R\$ 3,68; Total: R\$ 22,05. Guia: 043/12 \*\*\*

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais e de Interdições e Tutelas do 1º Subdistrito  
Sidney Pellicci Monteiro - Oficial  
Município e Comarca de Guarulhos - Estado de São Paulo  
Rua Dr. Gastão Vidigal, 166/174 - Centro - Cep 07090-150  
Telefones: (11) 2409-7608/2440-7949  
e-mail: 1rc@cartorio guarulhos.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dn.u fé  
Guarulhos, 28 de fevereiro de 2012

CAMILLA APARECIDA NUNES  
Escritor Autorizada

Digitado por : Calrec.49684

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS  
NATURAIS - 1º SUBDISTRITO  
GUARULHOS - SP  
Camilla Aparecida Nunes  
Escritor Autorizada

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5745110 DATA DE EXPEDIÇÃO 16.09.1996

NOME JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA

FILIAÇÃO Severino Emídio da Silva

NATURALIDADE Antonie Francisca da Conceição DATA DE NASCIMENTO 03.07.1977

Rio Tinto-PB

DDO ORIGEM C. N. 3.728- L. A/4- F. 276 -

Cart. de Rio Tinto-PB

CPF

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 21.06.85



CG  
CORRETORA  
26 SET. 2016  
DPVAT/PB

01-03

JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de inscrição

030.676.304-40

Nome

JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA

Nascimento

03/07/1977



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 48-076.987-4 DATA 247 JAN/2011

NOME EWERTON SOARES DE OLIVEIRA

ENDEREÇO PEDRO RAMOS DE OLIVEIRA

E EDILMA SOARES BATISTA

NAT. BRASILEIRO DATA DE NASCIMENTO 20/AGO/1991

GUARULHOS -SP

ENDEREÇO GUARULHOS-SP

GUARULHOS

CN: LV.A517/FLS.248V/N.283846

CNP 397785678/24

01.11.90 Delegado de Polícia

CARLOS ANTONIO DE S. SILVA de Polícia (RGD 5525)

ASSINILATRO DETROR

LEI Nº 7.116 DE 28/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8.600-9

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA PÚBLICA

PROIBIDO PLASTIFICAR

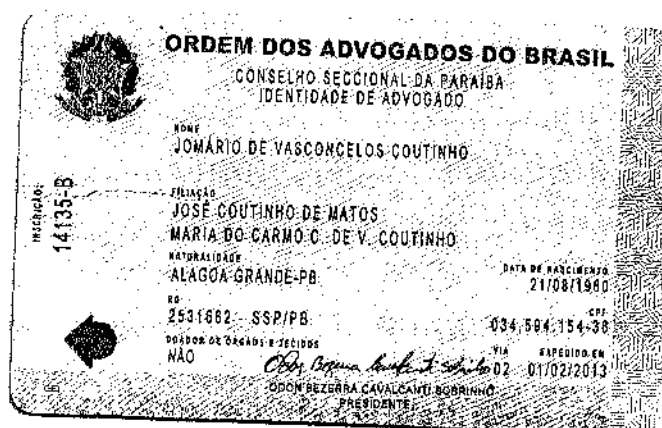
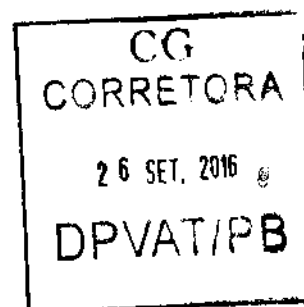
1578-004812

ASSINILATRO DETROR

CARTeira DE IDENTIDADE

EWERTON SOARES DE OLIVEIRA





Jomário de Vasconcelos Coutinho  
Advogado

Av. Vasco da Gama, 1034 - Jaguaribe - João Pessoa/PB  
Fones: (83) 98874 9800 / 99948 9522 / 99127 1617  
jomariocoutinho@gmail.com

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Edilma Soares Batista  
 DATA DO ACIDENTE 22/04/2016 CPF DA VÍTIMA 169.141.918-40  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Batista Emilio da Silva  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ REPRESENTANTE LEGAL ( ) BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Aldeia Tramatara  
 Nº Sine COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO \_\_\_\_\_  
 CIDADE Maracão UF PB CEP 58294-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE = R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.MBMDPVAT.COM.BR](http://WWW.MBMDPVAT.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 2555

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS

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

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS)
  - ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☒ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
  - ( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS
- DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)
  - ( ) PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE
  - ( ) PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
  - ( ) TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

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

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

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

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

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

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

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 01/04/2016  
 CPF 030.676.304-40  
 ASSINATURA João Batista Emilio da Silva

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28 SET 2016  
 NOME Adriana Cirne Aragão  
 ASSINATURA ADRIANA

CG

CORRETORA

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA


28 SET 2016

Adriana Cirne Aragão

DATA

ADRIANA

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1085380/16  
Vítima: EDILMA SOARES BATISTA  
CPF: 169.141.918-40

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 12/04/2015  
Titular do CPF: EDILMA SOARES BATISTA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALBERTO SOARES DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

#### ALEXANDRE SOARES BATISTA :

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

#### EWERTON SOARES DE OLIVEIRA : 397.785.678-24

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

#### GIZELLY SOARES DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

#### JOAO BATISTA EMIDIO DA SILVA : 030.676.304-40

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO : 034.594.154-36

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### MARIANE SOARES BATISTA :

Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

#### TAUANY SOARES BATISTA : 117.040.704-81

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

#### ATENÇÃO:

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

- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 26/09/2016  
Nome: JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO  
CPF/CNPJ: 034.594.154-36

Data: 26/09/2016  
Nome: Adriana Cirne Aragão  
CPF: 885.178.454-04

JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO

Adriana Cirne Aragão



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** João Batista Emílio da Silva  
**NACIONALIDADE:** Brasileiro **ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_  
**PROFISSÃO:** \_\_\_\_\_ **Nº DO RG:** 5745110  
**ORGÃO EMISSOR:** SSPIPE **DATA DE EMISSÃO:** 16/09/1996  
**Nº CPF:** 030.676.304-40 **ENDEREÇO:** Rua Aldeia Trama-  
taia s/nº - Área Rural - Marcação/PB - 57291-000

**OUTORGADO:** Tomario de Vasconcelos Continho  
**NACIONALIDADE:** Brasileiro **ESTADO CIVIL:** \_\_\_\_\_  
**PROFISSÃO:** Advogado **Nº DO RG:** 14135-B  
**ORGÃO EMISSOR:** OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 01/09/2013  
**Nº CPF:** 034.594.154-36 **ENDEREÇO:** Av. Vasco da Gama  
nº 1034 - Jaguaribe - João Pessoa/PB.

### PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Edilma Soares  
Botista., a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora  
que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de  
acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo,  
em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos,  
municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar,  
solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de  
pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Marcação/PB, 29 de Março de 20 16

João Batista Emílio da Silva

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Avenida Aldeia Três Rios, 875 - CENTRO

OBS: Reconheci

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
JOÃO BATISTA EMÍLIO DA SILVA  
Dou fe. Marcação/PB - 29/03/2016  
Notário: MARTA MARIA BARRETO DOS SANTOS  
Selo Digital: ACX18241-JDBZ  
Acesse o site <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CG  
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

CG  
CORREI

26 SET. 2016

DPVAT/

ladeira.

Marta M. Barreto dos Santos  
Oficial