



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, 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, 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 inicio 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,





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, 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, 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 inicio 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,





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, 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, 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 inicio 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,



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.

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
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.

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.

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

Autorização de pagamento

+0014+

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PEI

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 Emílio da Silva

POR TADOR(A) DO RG N° 5745110 EXPEDIDO POR SSP/PE EM 16/09/1996

CPF- 030676399-40 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Revisor

E RENDA MENSAL DE R\$ peço (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edilma Soares Batista, AUTORIZO A SÉGURADORA 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), 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.

Manaus, 01 de Abril

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO
CORRETORA

João Batista Emílio da Silva

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 médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DPVAT/PE

CAIXA Lot

CAIXA FEDERATIVA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474

259-675736404-6

16/SET/2015

HORA DF 08:41:41

DT: 16/09/2015

TERM: 007500

LOCALIDADE: RIO TINTO

AB. 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

VIA DO CLIENTE

CA Loterias

CAIXA Loterias

CG CORRETORA
26 SET. 2016
DPVAT/PB



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO I

Autorização de pagamento

0014-

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, *Taunay Soares Batista*PORTADOR(A) DO RG Nº *4.082.431*EXPEDIDO POR *55DS1 PB*EM *17/08/2012*CPF *117040704-81* /CNPJ *00000000000000000000*, PROFISSÃO *NEURO*

E RENDA MENSAL DE R\$ *Nov.50* (*) 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 Lotéricas 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), 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 _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° 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* N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) *0044* N° 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Maneacão, 01 de Abril de 2016 *x Taunay Soares Batista*

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

CG
CORRETORA

16 SEP 2016
DPVAT

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/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 médica/hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotribo.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



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,

Ewerton Soares de Oliveira

PORTADOR(A) DO RG Nº 48.076.997-4 EXPEDIDO POR SP-SP EM 04/01/2011
 CPF 307735678-94 /CNPJ 00000000-0000-0000, PROFISSÃO Recusou-se
 E RENDA MENSAL DE R\$ Recusa-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 Lotáticas 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), 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 BRASILE CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

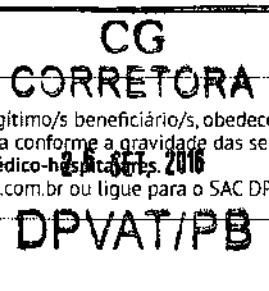
Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0049 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 96330-7

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.

Marcacás, 30 de Julho de 2016. Ewerton 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.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

CAIXA Loterias

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OVIDORIA 0800 725 7474
OVIDORIA 0800 725 7474

096-764878320-8

05/ABR/2016

HORA DF 11:18:08

LOT: 13.14634-0
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0617 TERM: 001283
CONTROLE: 900324288

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

CAIXA Loterias





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
MARCAÇÃO/PB

Livro nº: 001/2016

Ocorrência nº: 023/2016

Outros

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 Gaiamûm 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 veiculo 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 EMIDIO 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, RENAVAN 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 digitei.

Tauany Soares Batista
TAUANY SOARES BATISTA

Comunicante



CG
CORRETORA
26 SET 2016
DPVAT/PB



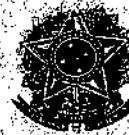
Monteiro da França
5º Ofício de Notas
Tel.: 3244-8000
João Pessoa
Patrícia Nezilda Albuquerque Gomes
Agente de Investigação
Policia Civil
Matrícula 182.027-3





Implantação

Canôico do Registro Civil
 Maria MP B. dos Santos - Oficiala
 Andrelina B. dos Santos Substituta
 Edilso de Oliveira Sáva - Escrevente
 Marcação - PB



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

NOME:
EDILMA SOARES BATISTA

MATRÍCULA:
0699060155 2015 4 00002 201 0000999 10

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
feminino	Indígena	solteira, 42 anos

NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Rio Tinto-PB	CPF nº 169.141.918-40

ELEITOR	SIM - Nº 258668530191, Zona: 55 - PB
---------	--------------------------------------

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)	ANTONIO SOARES BATISTA e MARIA CORDEIRO BATISTA, falecida. Residia na(s) Aldeia Tramataia, no município de Marcação-PB
-------------------------------------	--

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
00ze de abril de dois mil e quinze - 19:00	12	04	2015

LOCAL DO FALECIMENTO	Em via pública: PB-041 Próximo à entrada da aldeia Lagoa Grande no município de Marcação-PB
----------------------	---

CAUSA DA MORTE	Poliratramatismo com fratura de base de crânio e lesão meningo encefálica. Vítima de acidente de moto.
----------------	--

NOME DO MÉDICO / CRM	LOCAL DO SEPULTAMENTO
Drª Francisca Divina S. de Melo - CRM: 3272	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	O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé. Marcação-PB, 13 de Abril de 2015
Observações: Registro lavrado em 13/04/2015, no Livro C-00002, Nº 999, folha 201. Foi apresentada à Declaração de Óbito nº 22499271. Deixou bens e 07 filhos, sendo cinco (05) de menor idade.	

NOME DO OFÍCIO	Maria Maria Barreto dos Santos
----------------	--------------------------------

OFICIAL REGISTRADOR	Maria Maria Barreto dos Santos
---------------------	--------------------------------

MUNICÍPIO/UF	Marcação-PB
--------------	-------------

ENDERECO	Avenida João Ferreira dos Santos, 875 Centro Marcação-PB - CEP 58294000 Fone: (83) 36251105 E-mail: canorio-marta@hotmail.com
----------	---

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Marcação-PB, 13 de Abril de 2015

Maria Maria Barreto dos Santos

Maria Maria Barreto dos Santos

Oficiala do Registro Civil

Selo Digital: AAH82280-7K07

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

CG
CORRETORA
 26 SET. 2016
DPVAT/PB

CG
CORRETORA

26 SET. 2016

DPVAT/PB

(ATO)
GOVERNO
DA PARAÍBA

Declaração de Únicos herdeiros

COF

26 SET 2016

DP

DATA DO ÓBITO

DATA 12/04/11

REGISTRO:

CRONOPOLÍGONO

TMI

SVO

HORA 14:00

I - UNIDADE HOSPITALAR

Hospital Geral de Maranguape

ENDEREÇO

II - IDENTIFICAÇÃO DO CÁDAVER

NOME: Edilma Cordeiro Batista

IDADE:

SEXO: F COR:

COR DOS CABELOS:

OCCUPAÇÃO:

GESTANTE: SIM NÃO IGN SINAS PARTICULARES:

RESIDÊNCIA: Olaria Tremelaria

MUNICÍPIO: Marabá (PA) - PB

PARA ÓBITO PÉTAL E DE MENORES DE UM ANO PREENCHER

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

PAI OCUPAÇÃO PROFISSIONAL:

MÃE OCUPAÇÃO PROFISSIONAL:

MAIOR GRAU INSTRUÇÃO: NENHUMA FUNDAMENTAL 2º GRADU SUPERIOR IGN

MÃE GRAU INSTRUÇÃO: NENHUMA FUNDAMENTAL 2º GRADU SUPERIOR IGN

NO DE FILHOS: NASCIDOS VIVOS

NASCIDOS MORTOS

TOTAL

DURADURA INSETTO EM SEMINAS: MENOS DE 20 DE 20 A 27 DE 28 OU MAIS IGN

GRAVIDEZ: ÚNICA DUPLA TRÍPLICE MAIS DE 03 IGN

PARTO: ESPONTÂNEO OPERATÓRIO FORÇADO DESSES IGN

PROBLEMA (EM RELAÇÃO AO PARTO): ANTES DURANTE DESPOIS IGN

PARA MENORES DE 28 DIAS OU ÓBITO PERTO AO NASCER:

III - LOCAL DE OCCORRÊNCIA DO ÓBITO:

RESIDÊNCIA PRAIA PÚBLICA HOSPITAL TRABALHO OUTROS

LOCALIZAÇÃO:

IV - CONDIÇÕES PARA QUE OCORREU A MORTE

1. Morte Natural ASÚNICA SUICÍDIO

2. Morte Violenta HOMICÍDIO 2.3.1 HOMICÍDIO ASSASSINATO

2.2. ASSOCIAÇÃO ESTUPRO FEMICIDE

2.3. ACCIDENTE INCÊNDIO EXPLOSIÃO

4.- CONDIÇÕES, AGENTE OU PONTE DA MORTE VIOLENTA

- 4.1 TIPO/INSTRUMENTO: ARMA DE FOGO ARMA BRANCA ENFORCAMENTO AFOGAMENTO
 QUEIMADURA CHOQUE ELÉTRICO ESPANCAMENTO QUEDA DE NÍVEL
 USO DE DROGA QUAL? _____ IGNORADO
 OUTROS QUAL? _____
4.2. MODO: AGRESSÃO FÍSICA ASSALTO AÇÃO POLICIAL AGRESSÃO SEXUAL
 OUTRO QUAL? Atropelamento 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: Cronavias e fermei am. pelo cooy

SÍNTSEZ DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Ribeirão das Neves onde a vítima estava dirigindo entre os
Brasil - Zona quando o mesmo veio a falar atropelado por um veículo
Morrido pelo SAMU, mas drogas no hemepo com atra

ATENDIMENTO REALIZADO NO HOSPITAL:	CG
<input type="checkbox"/> CLÍNICO, MEDICAÇÃO UTILIZADA:	CORRETORA
	26 SET. 2016

CIRÚRGICA, TIPO DE CIRURGIA:

RETRADA DE CORPO ESTRANHO: SIM NÃO (SE RETIRADO ENVIAR AO IML)

EXAMES COMPLEMENTARES DE RELEVÂNCIA:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS FORMULADAS: Atropelamento, TCE?

OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR NECESSÁRIO:

EXAMES COMPLEMENTARES DE RELEVÂNCIA:

DATA:

11/04/15

NOME:

Verdeleto Ribeiro
Médico
CRM-9161

CRM-PB:

Identificação

Residência

Ocorrência

IV
Fetal ou menor que 1 ano

V
Contingências e causas de óbitos

VI
Médico

VII
Causas externas

VIII
Cartório

1 Tipo de óbito	2 Data do óbito:	Hora	3 Cartão SUS	4 Naturalidade
<input checked="" type="checkbox"/> Fetal	12/04/2015			Marcasão P/B Município / UF (se estrangeiro informar País)
<input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal				
5 Nome do Falecido	<i>Eduarda Soares Batista</i>			
6 Nome do Pai	<i>Antônio Soares Batista</i>			
7 Nome da Mãe	<i>Maria Gonçalves Batista</i>			
8 Data de nascimento	Idade	Meses	Horas	Minutos
	Anos completos	Meses	Horas	Ignorado
	12			9
9 Escolaridade (última série concluída)	Nível	Série	14) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)	
<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	3) Médio (antigo 2º grau)	Ignorado	1) Branca	4) Perda
<input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	4) Superior incompleto		2) Preta	5) Separado / divorciado
<input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	5) Superior completo	9	3) Amarela	6) Indígena
10 Sexo	11 Raça/Cor	12 Situação conjugal		
M - Mas.	<input type="checkbox"/> 1 - Branca	1) Solteiro		
F - Fem.	<input checked="" type="checkbox"/> 2 - Preta	2) Casado		
	<input type="checkbox"/> 3 - Amarela	3) União estável		
	<input type="checkbox"/> 4 - Ignorado	3) Vívo		
		9) Ignorado		
13 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	16 CEP	
<i>Marcasão</i>				
17 Bairro/Distrito	Código	18 Município de residência	Código	
		<i>Marcasão</i>		
19 Local de ocorrência do óbito	20 Estabelecimento			
1) Hospital	2) Domicílio	3) Outros	Ignorado	
2) Outros estab. saúde	4) Via pública	5) Aldeia	6) Indígena	9
21 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Complemento	22 CEP	
23 Bairro/Distrito	Código	24 Município de ocorrência	Código	
		<i>Marcasão</i>		
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
25 Idade (anos)	26 Escolaridade (última série concluída)	27 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		
	Nível	Série		
<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	3) Médio (antigo 2º grau)	Ignorado		
<input checked="" type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)	4) Superior incompleto			
<input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)	5) Superior completo	9		
28 Número de filhos vivos	29 Número de filhos falecidos/abortos	30 Nº de semanas de gestação	31 Tipo de gravidez	32 Tipo de parto
99) Ignorado	99) Ignorado	99) Ignorado	1) Unica	1) Vaginal
			2) Dupla	2) Cesáreo
			3) Tripla e mais	9) Ignorado
33 Morte em relação ao parto	34 Peso ao nascer	35 Número da Declaração de Nascido Vivo		
1) Antes	2) Durante	3) Depois	9) Ignorado	
36 ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	37 A morte ocorreu	38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	39 Necrópsia?	
	1) Na gravidez	2) No abortamento	3) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação	
	4) No parto	5) Até 42 dias após o término da gestação	6) Não ocorreu nestes períodos	
			Ignorado	
		9) Ignorado	1) Sim	
			2) Não	
			3) Ignorado	
40 CAUSAS DA MORTE	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA			
PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	Devido ou como consequência de:			
CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existem, que produziram a causa etioma registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	Devido ou como consequência de:			
PARTE II Outras condições significativas que contribuiram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.	Devido ou como consequência de:			
41 Nome do Médico	42 CRM	43 Óbito atestado por Médico	44 Município e UF do SVO ou IML	
<i>Flávia Soares Guedes de Melo</i>	1372	1) Assistente	4) SVO	<i>Flávia Soares</i>
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	46 Data do atestado	47 Assinatura		
32185247	13/04/2015			
48 Tipos	49 Ignorado	50 Acidente do trabalho	51 Ignorado	52 Fonte de informação
1) Acidente	3) Homicídio	1) Sim	2) Não	1) Ocorrência Pórtal N°
2) Suicídio	4) Outros	2) Não	3) Família	2) Hospital
				4) Outra
53 Descrição sumária do evento				
<i>Violencia de acidente de moto</i>				
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
54 Tipos	55 Ignorado	56 Acidente do trabalho	57 Ignorado	58 Fonte de informação
1) Acidente	3) Homicídio	1) Sim	2) Não	1) Ocorrência Pórtal N°
2) Suicídio	4) Outros	2) Não	3) Família	2) Hospital
				4) Outra
59 Descrição sumária do evento				
<i>Violencia de acidente de moto</i>				
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA				
60 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	Número	Bairro	Município	
<i>FB 041</i>			<i>Marcasão</i>	
61 Cartório	Código	62 Registro	Data	
63 Município				



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA

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 Óbito: 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
Andrelina B. dos Santos - Substituta
Edisio de Oliveira Silva - Escrivente
Marcacão - PB

Marcação-PB, 13 de abril de 2015

Marta Maria Barreto dos Santos
Oficiala do Registro Civil

CG
CORRETORA
26 SET. 2016
DPVAT/PB

Comprovante de residência
0015*

EDILMA SOARES BATISTA
ALDEA TRAMATAIA, S/N - ÁREA RURAL
MARCACAO / PB CEP 58284000 (AG 14)

Classe/Ambito RESIDENCIAL / BAIXA RENDA IND/ MONOFÁSICO
Roteiro: 3 - 261 - 971 - 845
Número de Leitor: 00008487816

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA:
B1230, Km 25, Cristo Redentor, João Pessoa/PB - CEP 58071-16
Referência: Abr/2015
Emissão: 07/04/2015
Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°000 3020
Código para Débito Automático: 000117084

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

39fb c382 94eb 77fa ea18 4cbb 6766 7852

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor):

5/1170614-0

Canal de contato

Abr / 2015

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE foi criada pela Lei
nº 10.439, de 26 de abril de 2002.

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da
próxima leitura

07/05/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
16914181840



Faturas em atraso

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

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/15	139
Fev/15	121
Jan/15	155
Dz/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

Cálculo de consumo

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
09/03/15 3090	07/04/15 2228		138	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 50KWh-BR	50	0,00000	0,00
Consumo - 51 a 100KWh-BR	50	0,22427	11,21
Consumo - 101 a 230KWh-BR	38	0,39840	12,11
Adic. B. Vermelha			3,43

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,69
COFINS	2,94
CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA	7,31
JUROS DE MORA D3/2015	0,08
MULTA 03/2015	1,00
ICMS (Base de Cálculo R\$ 85,84 Alíquota 27,00%)	23,17

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

26/04/2015

R\$ 61,88

Indicadores de Qualidade/2015-Ru Tinta

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC/MENSAL	13,20	0,00
DIC/TRIMESTRAL	15,24	NOMINAL
DIC/ANUAL	52,68	220
FIC/MENSAL	5,50	0,00
FIC/TRIMESTRAL	17,08	CONTRATADA
FIC/ANUAL	34,18	LIMITE INFERIOR 201
DIC/C	7,20	LIMITE SUPERIOR 231
DIC/R	16,60	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia e/ou PB	10,57	17,06
Compra de Energia	12,93	20,30
Serviço de Transmissão	0,89	1,44
Encargos Sistêmicos	2,36	3,81
Impostos Diretos e Encargos	35,13	58,77
Outras Serviços	0,00	0,00
Total	61,88	100,00

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

ATENÇÃO

Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$32,35.
Resposta Extraordinária-Vigência: 02/03/2015-Res. ANEEL Nº 1.859-Efeto médio 3,62%

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

26/04/2015

R\$ 61,88

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

83670000000-0 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 Aldeia Tramataia</u>		
Número	<u>51nº</u>		
Aptº / Complemento			
Bairro	<u>Area Rural</u>	<u>CG</u>	
Cidade	<u>Moncaçao</u>	<u>CORRETORA</u>	
Estado	<u>PB</u>	<u>26 SET. 2016</u>	
CEP	<u>58294-000</u>	<u>DPVAT/PB</u>	
Telefone de contato			
E-mail			

Por ser verdade, firmo-me.

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

João Batista Emídio da Silva
Assinatura do Declarante



EDILMA SOARES BATISTA
ALDEIA TRAMATAIA, SAN - ÁREA RURAL
MARCACAO / PB (CEP: 58284000 (AG: 14))

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA IND/MONOFÁSICO
Rotero: 3 - 261 - 971 - 645 Referência: Abr / 2015
NP medidor: 00006487816 Emissão: 07/04/2015

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA:
Br 200, Km 25 - Crato Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 58071-16
CNPJ:08 095 125/0001-40 - Insc Est: 16.015.822

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°0003.202.04
Código para Débito Automático: 0001170814

Acesse: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

39tb c382 94eb 77fa ea18 4cb0 5766 7862

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 10.428, de 26 de abril de 2002.

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da
próxima leitura:

07/05/2015

CPF / CNPJ / RANI
16914181949

CG CORRETORA
26 SET. 2016
DPVAT/PB

Cálculo de consumo

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data	Leitura	Data	Leitura			
08/03/15	3090	07/04/15	3226	1	136	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 60KWh-BR	50	0,00000	0,00
Consumo - 51 a 100KWh-BR	50	0,22427	11,21
Consumo - 101 a 230KWh-BR	36	0,32840	12,11
Adic. B. Vermelha			3,43

IMPOSTOS E ENCARGOS

PIS	0,63
COFINS	2,94
CONTRIBUIÇÃO IUM PÚBLICA	7,31
JUROS DE MORA 09/2015	0,08
MULTA 09/2015	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
Maio/14	118
Abri/14	105

Média dos últimos meses
120 kWh

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

Indicadores de Qualidade 2015 - Rio Branco

Limits da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DI/MENTAL	13,20	0,00
DI/ TRIMESTRAL	28,34	NOMINAL
DI/ANUAL	52,68	220
FI/ MENSAL	8,50	CONTRATADA
FI/ TRIMESTRAL	17,08	LIMITE INFERIOR
FI/ANUAL	34,18	LIMITE SUPERIOR
DI/PC	7,20	201
DI/CP	16,80	231

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. da EnergisaPB	10,57	17,06
Compra de Energia	12,83	20,90
Serviço de Transmissão	0,68	1,44
Encargos Sistêmicos	2,36	3,81
Impostos Diretos e Encargos	35,13	58,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	61,88	100,00

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

ATENÇÃO

Sua unidade foi tarifada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$32,35
Resposta Extraordinária Vigência: 02/03/2015-Res. ANEEL nº 1.858-Efeito médio 3,92%

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

Matrícula: 1170614-2015-04-6

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



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Tauany Soares Batista

RG nº 4.082.431, data de expedição 17 / 08 / 2012,
Órgão S3DS1PB 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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Aledeia Tramataua</u>		
Número	<u>51 n°</u>		
Aptº / Complemento			
Bairro	<u>Área Rural</u>	<u>CG</u>	
Cidade	<u>Marcação</u>	<u>CORRETORA</u>	
Estado	<u>PB</u>	<u>26 SET. 2016</u>	
CEP	<u>58294-000</u>	<u>DPVAT/PB</u>	
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
ALDEIA TRAMATIVA, S/N - ÁREA RURAL
MARCACAO/PB CEP 58284000 (AG 14)

Cla. residencial RESIDENCIAL / BANCA RENDA IND/MONOFÁSICO
Rodovia 3 - 261 - 871 - 845
Nº módulo 00006497818

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
B-230, Km 25 - Cristal Residencial - João Pessoa/PB - CEP 58071-100
CNPJ 06.085.183/0001-40 - Inscrição 16015-Y2

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica nº 002930216
Código para Débito Automático: 000111041

Acesse: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196**

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196**

Referência: Abr/2015
Emissão: 07/04/2015

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica nº 002930216

3906 0382 9461 7778 2118 4600 5768 7802

Conta referente a

CDC (Código do Consumidor): 5/1170614-0

Canal de contato

Abr / 2015

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei
nº 10.429, de 28 de abril de 2002

Apresentação

07/04/2015

Data prevista da
próxima leitura

07/05/2015

CPF/CNPJ/RANI
100141918164

		Cálculo de consumo				
		Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
		Data Leitura	Data Leitura			
		03/03/15 3008	07/04/15 2228	1	138	28

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 07/04/2015 PAGAS:
OBIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo ate 50kWh-BR	50	0,00000	0,00
Consumo 51 a 100kWh-BR	50	0,22427	11,21
Consumo 101 a 220kWh-BR	35	0,39840	13,11
Adic. B. Vermelha			3,43

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
Agosto/14	105
Jul/14	125
Jun/14	111
Mai/14	119
Abr/14	105
Media dos últimos meses	120 kWh

VENCIMENTO

26/04/2015

TOTAL A PAGAR

R\$ 61,88

Indicadores de Qualidade 2/2016 - Rio Tito

Limits da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	13,20	0,00	NOMINAL
DIC TRIMESTRAL	25,34	0,00	220
DIC ANUAL	52,68	0,00	CONTRATADA
FIC MENSAL	8,20	0,00	LÍMITE INFERIOR
FIC TRIMESTRAL	17,09	0,00	LÍMITE SUPERIOR
FIC ANUAL	24,18	0,00	201
DASIC	7,20	0,00	231
DICRI	16,80	0,00	

Classificação	Valor (R\$)	%
Salários de Direitos Energéticos/PD	10,57	17,08
Compra de Energia	12,93	20,80
Salário de Transmissão	0,69	1,14
Encargos Sociais	2,36	3,81
Impostos Diretos e Encargos	35,13	58,77
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,88	100,00

Valor da energia da Unidade de Serviço de Distribuição
(R\$2,72015) R\$59,76

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Banda Renda, tendo um desconto de R\$32,35
Reajuste Estatutário-Vigência 02/03/2015-Res ANEEL Nº 1.850-Efeto médio 3,92%

VENCIMENTO **TOTAL A PAGAR**
PARABÉS
26/04/2015 R\$ 61,88

Rodízio: 3 - 261 - 871 - 845
Matrícula: 1170614-2015-04-8
83670000000-0 61880054000-6 11706142015-6 04802610019-7

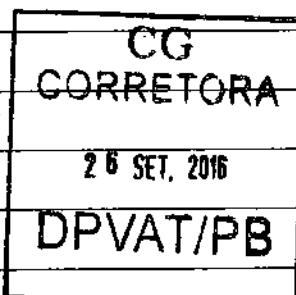


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Ewerton Soares de Oliveira,

RG nº 48.076.987-4, data de expedição 24/01/2011,
Órgão SSP/SP, CPF nº 397.785.678-24 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>51 no</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Manacás</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58394-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	<u>DPVAT/PB</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Manacás /PB, 30/07/2016.

Ewerton Soares de Oliveira
Assinatura do Declarante

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

Classe/Subcls: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL TRIFÁSICO
Roteiro: 13 - 1 - 183 - 174II Referencia: Mai/ 2016
NP medidor: 00009263189 Emissao: 20/05/2016

ENERGISA S.A.
ENERGIA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 230, Km 26 - Custo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-080
CNPJ: 09.006.183/0001-40 Insc Est: 16.015.823-0
Nota Fiscal/Comprovante de Energia Elétrica N°0000927745
 Código para Débito Automático: 00004711833



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

Conta referente a UC (Unidade Consumidora) 15/471683-3

Canal de contato

Mai / 2016

Apresentação

20/05/2016

Data prevista da
próxima leitura

21/06/2016

CPF/CNPJ/ RANI
3468415438
Insc. Est:

Contas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 15/05/2016 PAGAS
OBIGADO!!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
20/04/16 3813	20/05/16 4008	1	193	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	193	0,41617	80,70
ICMS			31,68
PIS			0,94
COFINS			3,66
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB SERV ILUM.PÚBLICA			4,66

Histórico de Consumo (kWh)

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

	BASE DE CÁLCULO	ALIQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	116,98	27,00%	31,68
PIS	116,98	0,7193	0,84
COFINS	116,98	3,3032	3,66

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

Média dos últimos meses

228 kWh

76c0.166a.bbfa.1fb1.4a53.c15c.7621.fad3.

Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (M)	380	Descrições	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,40	0,00	NOMINAL	Serviços de Dist. da Energia/PB	28,83	24,52
DIC TRIMESTRAL	10,85			Compra de Energia	38,06	32,12
DECANUAL	21,73			Serviço de Transmissão	2,94	1,92
FIC MENSAL	3,50	0,00	CONTRATADA	Encargos Sistemas	8,46	7,77
FIC TRIMESTRAL	6,87		LIMITE INFERIOR	Impostos Diretos e Encargos	40,98	33,87
FICANUAL	13,85		LIMITE SUPERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
DMC	3,11	0,00		Total	121,66	100,00
DICR	12,22			Valor do EUSD (Ref 3/2016) R\$37,53		

ATENÇÃO

CG
CORRETORA
26 SET. 2016
DPVAT/PB

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

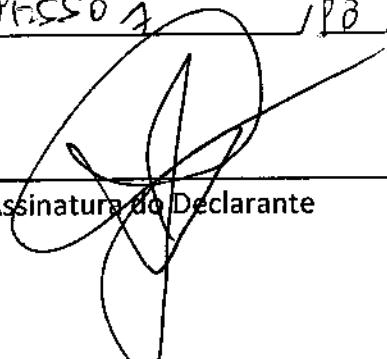
Eu, JOMÁRIO DE NASCIMENTOS COUTINHO,
RG nº OAB/PB 14135-B, data de expedição 01/01/2013,
Órgão OAB/PB, CPF nº 034.594.154-36, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Av. VASCO DA GAMA</u>	
Número	<u>1034</u>	<u>CG</u> <u>CORRETORA</u>
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>JAGUARI</u>	<u>26 SET. 2016</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>	<u>DPVAT/PB</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>	
CEP	<u>58015-780</u>	
Telefone de contato	<u>(83) 98874-9800 / (83) 99127-1117</u>	
E-mail	<u>JOMARIO.COUTINHO@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 COAF².

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

² 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 Leinº 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 Emílio da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Monte da vítima Eduarda Soares Batista e conforme determinação da Circular SUSEP Nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: <u>Advogado</u>	Renda Mensal: R\$ _____	CG CORRETOR:
Documentos comprobatórios: _____	<i>Recusa-se</i>	26 SET. 2016
X _____		DPVAT/PB
ASSINATURA - PROCURADOR(A) / INTERMEDIÁRIO(A)		

[Handwritten signature over the signature line]



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 Egilma Soares Batista em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/04/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de sóltoria (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. Gizeelly 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	317.040.704-81

(*) 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 (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

Tavany Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Ewerton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

Marcação IPB - 03/04/2016

LOCAL E DATA

Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

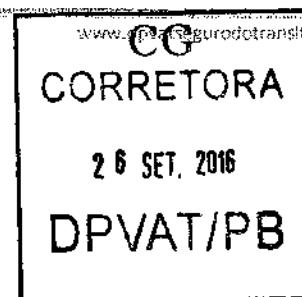
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emílio da Silva	5745110	030.676.304-40	<u>João Batista Emílio da Silva</u>
2. Giseelly Soares da Silva			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. Jarmalto Fabris de Melo 600318	053.327.921-09	<u>Jarmalto Fabris de Melo</u>	
2. Júlio César V. Coutinho 2531682	034.599.154-31X	<u>Júlio César V. Coutinho</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

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Egilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/09/2015, faleceu em 12/09/2015 no estado civil de sóteiro (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. Gizeelly 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: Ewerthon Soares de Oliveira - Filho
- 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.

Marcoação/IPB - 03/10/2016

LOCAL E DATA

Marcoação/IPB - 03/10/2016

LOCAL E DATA

Marcoação/IPB - 03/10/2016

LOCAL E DATA

Tavany Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

Ewerthon Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. Jairo Batista Emílio	5745110	030.676.304-40	<u>Jairo Batista Emílio das 146</u>
2. da Silva.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Jairinho Jairinho da Silva</u>	6219318	053.327.924-29	<u>Jairinho Jairinho da Silva</u>
2. <u>Júnior da Cunha</u>	25331682	034.534.154-36	<u>Júnior da Cunha</u>

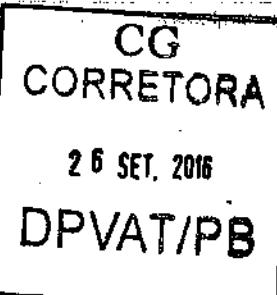
(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- 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 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 - Seguro-Previdência Pessoal (DPVAT)

SAC DPVAT (0800) 512 1204

www.caixa.gov.br/segurodpvat ou www.caixa.com.br/segurodpvat





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 Egilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/09/2015, faleceu em 12/09/2015 no estado civil de sóteiro (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. Gizeelly 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	4.082.433	117.040.704-81

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima
 6 - Ewerthon 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.

Marcoanó IPB - 01/10/2016

LOCAL E DATA

Marcoanó IPB - 01/10/2016

LOCAL E DATA

Marcoanó IPB - 01/10/2016

LOCAL E DATA

Tavany Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

Ewerthon Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

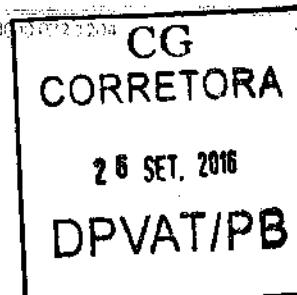
NOME COMPLETO DO REPRENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emílio	5745110	030.676.304-40	<u>João Batista Emílio das Silveira</u>
2. da Silva			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. Juválio Jatoba de Melo	609.1318	053.327.924-079	<u>Juválio Jatoba de Melo</u>
2. Juválio de V. Coutinho	2531682	031.934.154-316	<u>Juválio de Vassouras Coutinho</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 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

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Eduarda Soares Batista em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/09/2015, faleceu em 12/04/2015 no estado civil de sóteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	MAIS QUALIDADE PARENTE	RG	CPF
1. Giselly 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	317.040.704-81

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima: Eduarda Soares de Oliveira - Filha
? - 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

Tavany Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

Eduarda Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

DADOS DE 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. José Batista Emílio	5745110	030.676.304-40	<u>José Batista Emílio das Neves da Silva</u>
2. Giselly Soares da Silva			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. Jumalho Tatána de Melo	6201318	053.327.924-079	<u>Jumalho Tatána de Melo</u>
2. Júnior de V. Coutinho	2531632	031.594.154-31	<u>Júnior de V. Coutinho</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

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Egilma Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/09/2015, faleceu em 12/09/2015 no estado civil de sóteiro, (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. Gizeelly 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: Ewerthon Soares de Oliveira - Filho
- 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.

Marcoação/IPB - 01/10/2016

LOCAL E DATA

Marcoação/IPB - 01/10/2016

LOCAL E DATA

Marcoação/IPB - 01/10/2016

LOCAL E DATA

Tavany Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

Ewerthon Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

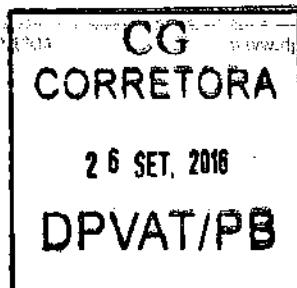
NOME COMPLETO DO REPREENTANTE LEGAL	RG	CPF	ASSINATURA
1. João Batista Emílio	5745110	030.676.304-40	<u>João Batista Emílio</u>
2. aka Silva.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. Jairinho Fabris de Melo 6012318	053.327.924-07	<u>Jairinho Fabris de Melo</u>	
2. Júnior da Cunha 1110 2533682	034.594.154-30	<u>Júnior da Cunha</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

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima Eduarda Soares Batista, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 12/09/2015, faleceu em 12/09/2015 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. Gizeelly 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 - Evelton 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.

Marcoação IPB - 03/10/2016

LOCALE DATA

Marcoação IPB - 03/10/2016

LOCALE DATA

Marcoação IPB - 03/10/2016

LOCALE DATA

LOCAL E DATA

X Tainá Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Evelton Soares de Oliveira

ASSINATURA DO DECLARANTE

X Felipe Soares Batista

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

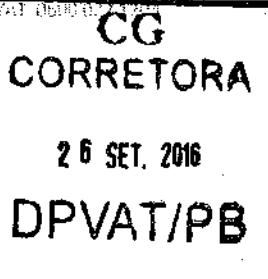
NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Tássio Batista Emílio</u> <u># da Silva</u>	<u>5745110</u>	<u>030.676.304-40</u>	<u>X Jair Batista Tonidias da Silva</u>

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Jeanaldo Fábio da Silva 601/318</u>	<u>053.327.921-219</u>	<u>X Jeanaldo Fábio da Silva</u>	
2. <u>Júnior de V. Coutinho 110</u>	<u>2531182</u>	<u>034.594.154-316</u>	<u>X Júnior de V. Coutinho</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).



26 SET. 2016

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 26.743.646-4 30/JAN/2006

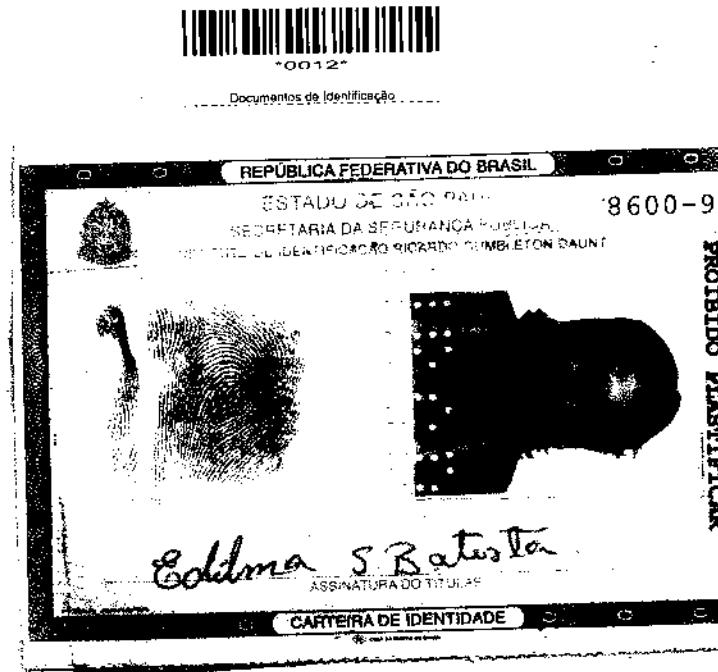
Nome EDILMA SOARES BATISTA

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 Q.A.L.C. Delegado Divisória
ASSINATURA DO TITULAR LEI N° 7.116 DE 29/08/83



CG
CORRETORA
26 SET. 2016
DPVAT/PB



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL 26.743-600-30/JAN/2006

NOME EDILMA SOARES BATISTA

FILIAÇÃO ANTONIO SOARES BATISTA
E MARIA CORDEIRO BATISTA

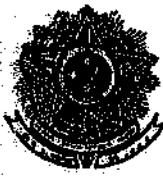
NATURALIDADE RIO TINTO -PB DATA DE NASCIMENTO
25/MAR/1973

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

Delegado Distrital
LEI N° 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



Documentos de identificação
00127

REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PARAIBA

COMARCA DE RIO TINTO

MUNICÍPIO DE MARCACAO

DISTRITO DE XXX XXX

Marta Maria Barreto dos santos

Oficial do Registro Civil

NASCIMENTO N° 4.850



DOCUMENTO IDENTIFICAÇÃO.

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 nos Dez (10) de Novembro de 2004.
XXX XXX às 19:00 horas e 14 minutos, em O Instituto
Cândida Vargas em João Pessoa-PB.

XXX XXX do sexo Feminino.
mãe de João Batista Emídio da silva.

natural de Paraíba.

e de Dona Edilma soares Batista. ✓

natural de Paraíba.

CG CORRETORA

26 SET 2005

DPVAT/PB

Sendo avós paternos seyerino Emídio da silva.

e Dona Antonia Francisca da Conceição.

e avós maternos Antonio soares Batista.

e Dona Maria Cordeiro Batista.

Foi declarante O. Pai.

e serviram de testemunhas Marta Conceição de Lima e
Andrelina Barreto dos santos.

Observações: XXX XXX XXX

XXX

XXX

XXX

XXX

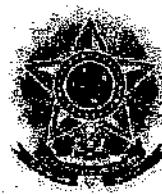
XXX

O declarado é verdade e dou fé.

Marcação, 22 de Novembro de 2004.

Marta Maria Barreto dos santos

Oficial



Imprimelogo

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 N° 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 ✓
as 15:00 horas e 10 minutos em a Maternidade Frei Damião - João Pessoa - PB.

do sexo Masculino filo de João Batista Emídio da Silva ✓
natural da Paraíba
e de Dona Edilma Soares Batista ✓
natural de Paraíba.

Sendo avós Paternos Severino Emídio da Silva
e Dona Antonia Francisca da Conceição, falecida.
e avós Maternos Antonio Soures Batista
e Dona Maria Cordeiro Batista, falecida.

Foi declarante O Pai.

e serviram de testemunha Maria das Neves Ferreira da Silva e Elizabeth Medeiros 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 EXTENO _____
vinte e seis de julho de mil novecentos e noventa e nove DIA MÊS ANO

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

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

FILIAÇÃO _____
Edilma Soares Batista
Natural do Estado da Paraíba CG CORRETORA
26 SET. 2016

AVÓS _____
*** MATERNOS: Antonia Soares Batista e Maria Cordeiro Batista. *** DPVAT/PB

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

DATA DO REGISTRO POR EXTENO _____ NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO _____
vinte e quatro de agosto de mil novecentos e noventa e nove 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, Ipsel: R\$ 3,68; Total: R\$ 22,05. Guia: 043/12 ***

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais e de
Inherdâncias e Tuteis 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.guardulhos.com.br

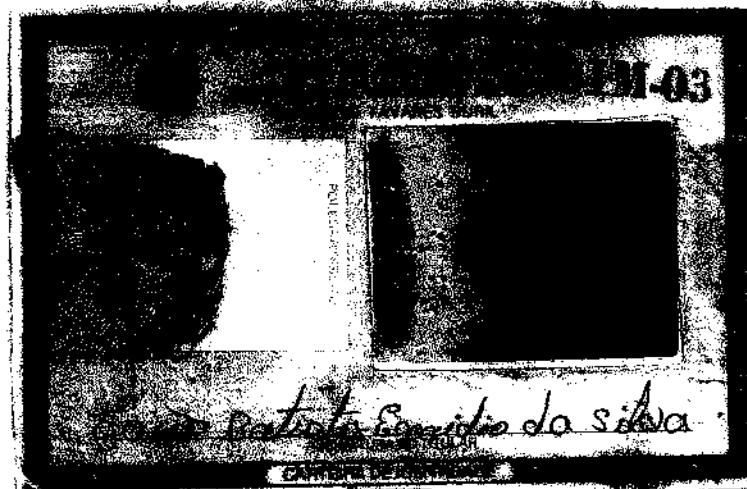
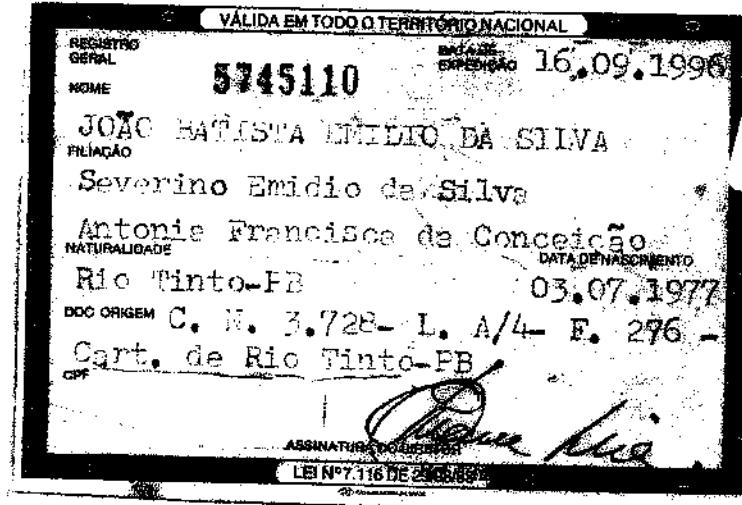
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

Guarulhos, 28 de fevereiro de 2012

CAMILLA APARECIDA NUNES
Escrevente Autorizada

Digitado por Ca-rec 49684

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





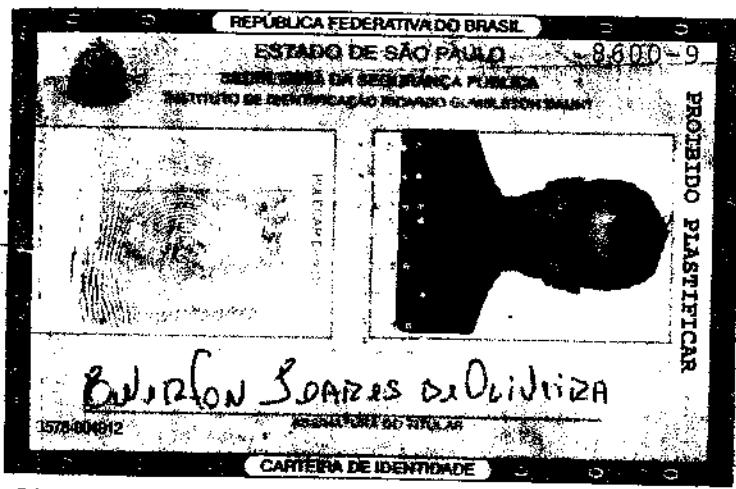
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
PROG. 48-076-965-4 27/JAN/2010

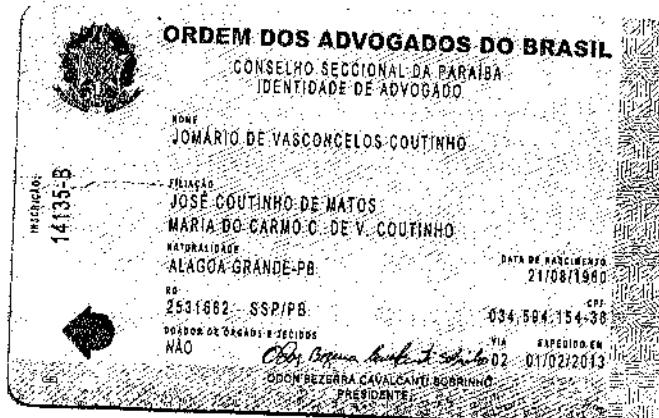
NOME: EWERTON SOARES DE OLIVEIRA
NOME: PEDRO RAMOS DE OLIVEIRA
NOME: EDILMA SOARES BATISTA

MUNICÍPIO: GUARULHOS - SP DATA DE NASCIMENTO: 20/AGO/1991

DENO. PESSOA: GUARULHOS-SP
GUARULHOS
CN: LV.A517/FLS.248V/N.283846
CPF: 397785678-24

CARLOS ALBERTO DE SOUZA - Presidente
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/06/83





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 BatistaDATA DO ACIDENTE 12/04/2015CPF DA VÍTIMA 169.141.918-40PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO João Batista Emílio da SilvaQUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA ÉENDEREÇO DO PORTADOR Adeia TraumáticaNº S/nº COMPLEMENTO _____

BAIRRO _____

CIDADE Manoá do PBUF PBCEP 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 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 CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIÉS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

IMPLEMENTAÇÃO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

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

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

DOCUMENTOS DO 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 CÍVIL DA VÍTIMA

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

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

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

 DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CÍVIL DA VÍTIMA CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PÃES DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)ADT. Mecânica Comp. Benef. - Procurador
Jos. S. Filhos Eventos & Felipe

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

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

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

CG CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Data: 7.6 SET. 2016Nome: Adriana Cirne AragãoData: Assinatura: OPINAT/PEData:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do 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



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo recebimento na seguradora

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

JOMARIO DE VASCONCELOS COUTINHO

Adriana Cirne Aragao



PROCURAÇÃO

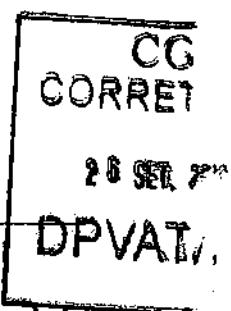
OUTORGANTE: João Batista Emílio da Silva
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** _____
PROFISSAO: _____ **Nº DO RG:** 5745110
ÓRGÃO EMISSOR: SSPI/PB **DATA DE EMISSÃO:** 16/09/1996
Nº CPF: 030.676.304-40 **ENDEREÇO:** Rua Aldeia Tramataia S/nº - Área Rural - Marcação/PB - 57294-000

OUTORGADO: Tomario de Vasconcelos Coutinho
NACIONALIDADE: Brasileiro **ESTADO CIVIL:** _____
PROFISSAO: Advogado **Nº DO RG:** 14135-B
ÓRGÃO EMISSOR: OAB-PB **DATA DE EMISSÃO:** 01/02/2013
Nº CPF: 034.594.154-36 **ENDEREÇO:** Av. VASCO da GAMA n° 1034 - Jaquearibe - João Pessoa/PB.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Edilma Soares
Batista, 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 Marco de 20 16

**OBS:** Reconheci

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS

Avenida Aldeia Três Rios, 875 - CENTRO



Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

JOÃO BATISTA EMÍDIO DA SILVA

Dou fô. Marcação/PB - 29/03/2016

Notário: MARTA MARIA BARRETO DOS SANTOS

Selo Digital:ACX18241-JDBZ

Acesse o site <https://selodigital.tjpj.jus.br>

 Marta Maria Barreto dos Santos
Oficiala