



Número: **0801275-98.2020.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO DO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL**

Órgão julgador: **Juizado Especial Misto de Guarabira**

Última distribuição : **26/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                        | Procurador/Terceiro vinculado                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| GERLANE MARINHO DA SILVA (AUTOR)                              | HUMBERTO TROCOLI NETO (ADVOGADO)<br>GILCEMAR FRANCISCO BARBOSA QUIRINO (ADVOGADO)<br>DANILO TOSCANO MOUZINHO TROCOLI (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                                                                                                |

| Documentos   |                    |                                              |                   |
|--------------|--------------------|----------------------------------------------|-------------------|
| Id.          | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 31282<br>128 | 04/06/2020 14:59   | <a href="#">2723371_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |



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

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200033251

Vítima: TARCISIO MARINHO OLIVEIRA

Data do Acidente: 26/10/2019

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERLANE MARINHO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00521/00522 - carta\_01 - MORTE



Carta nº 15436283





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

---

**Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200033251**

**Vítima: TARCISIO MARINHO OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 26/10/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GERLANE MARINHO DA SILVA**

**Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:**

**Recebedor: GERLANE MARINHO DA SILVA**

**Valor: R\$ 6.750,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000002007-9**

**Conta: 00000550620-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01519/01520 - carta\_12 - MORTE





PEDI

Autorização de pagamento

DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

079.433.444-05

4 - Nome completo da vítima:

TARCISIO MARINHO OLIVEIRA

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

5 - Nome completo:

GERLANE MARINHO DA SILVA

6 - CPF:

753.109.374-04

7 - Profissão:

DOMÉSTICA

8 - Endereço:

RUA ANÍSIO MARINHO DA SILVA

9 - Número:

797

10 - Complemento:

PIRPIRI

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

GUARABIRA

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.200-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR☒ R\$1.00 A R\$1.000,00☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00☐ SEM RENDA☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: 2007

9

CONTA: 0550620

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☒ Solteiro☐ Casado (no Civil)☐ Divorçado☐ Separado Judicialmente☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 26.10.2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

MÃE

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim☒ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim☒ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) (se houver)?

☐ Sim☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim☒ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: GUARABIRA/PB, 10 DE JANEIRO DE 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1/7/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/06/2020 14:59:16

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006041459164600000030014116

Número do documento: 2006041459164600000030014116

Num. 31282128 - Pág. 3

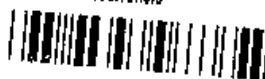




**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 001/2020  
Ocorrência nº. 047/2020

Boletim de ocorrência



Aos **DEZ** dias de **JANEIRO** de **DOIS MIL E VINTE**, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **HUGO PEREIRA LUCENA**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) de Polícia, aí, por volta 10h:54min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada: GERLANE MARINHO DA SILVA**, brasileira, viúva, natural de Guarabira-PB, pensionista, com 51 anos de idade, nascida aos 09.01.1969, RG 1739885 SSP-PB, filha de Antonio Hermínio da Silva e de Maria José Marinho da Silva, residente a rua Anísio Marinho dos Santos, 777, Piripiri, Guarabira-PB. **a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:**

QUE afirma a noticiante ser a genitora de TARCÍSIO MARINHO OLIVEIRA, o qual tinha apenas 22 anos de idade, cuja documentação, cópia de RG, encontra anexa; QUE seu filho acima mencionado era proprietário de um veículo, o qual não se encontrava licenciado em nome do mesmo, veículo YAMAHA 125 FACTOR K1, PLACA OEY 0442-PB; QUE em data de 26.10.2019, por volta das 03:00hs da manhã, quando seu filho acima mencionado conduzia o referido veículo, ao chegar nas proximidades do presídio João Bosco Carneiro, foi surpreendido com um animal na pista, vindo a abalroar contra o mesmo e cair ao solo, tendo sido socorrido para o Hospital Regional desta cidade de Guarabira-PB, pelo corpo de Bombeiros, e às cinco horas veio a falecer.

**OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:**

não consta.

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

*Gerlane Marinho da Silva*  
**GERLANE MARINHO DA SILVA**  
Comunicante

*Cristóvão A. Cabral*  
**Cristóvão A. Cabral**  
Escrivão de Polícia Civil  
Matrícula nº 155.704-1

Modelo\_02/2019\_31/01/20



Certidão de óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# Certidão de Óbito

NOME

Tarcísio Marinho Oliveira

CPF

079.433.444-05

MATRÍCULA

0725610155 2019 4 00025 165 0018704 19

SEXO

masculino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, 22 anos

NATURALIDADE

Mar-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG: 3400405, Orgão: SSP, UF: PB, Data  
emitido: 03/01/2006

ELETOR

SIM - Nº 046843341295, Zona: 10 -  
PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Severino Feliciano de Oliveira e Gerlane Marinho da Silva. Reside na(o) Sítio Pipiri zona rural, no município de Guarabira-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

vinte e seis de outubro de dois mil e dezenove - 05:00

DIA

26

MÊS

10

ANO

2019

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital Regional - nesta cidade - no município de Guarabira-PB

CAUSA DA MORTE

Choque Hipovolêmico Hemorrágico - Hemoperitônio - Ruptura em Fígado - Trauma Abdominal Grave.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

São João Batista, nesta cidade

DECLARANTE

Thielly Marinho de Oliveira, residente e domiciliado: Sítio Pipiri zona rural,  
Guarabira-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Doutor Bruno Reis, CRM 6929

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 28/10/2019, no Livro C-00025, Nº 18704, folha 165-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 282058175. O extinto não deixou  
filhos nem bens. Era eleitor.



FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial  
Praça Lima e Moura, 195 - Centro - Guarabira - PB  
CEP: 52.200-000 Fone: (32) 3271-3200  
E-mail: fatima@notarioguabira.pb.gov.br

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original  
apresentado. Em testemunho da verdade.  
Guarabira-PB 09/01/2020 10:48:45  
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto  
(2020-000195) EML: R\$ 2,56 FASE: R\$ 0,30 EML: R\$ 0,01 ISS: R\$ 0,00  
SELO DIGITAL: A1021413-PICR  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS  
Guarabira - Paraíba

Sebastiana P. da Costa e Souza  
TITULAR  
Mario Flávio da Costa e Souza  
SUBSTITUTO  
Maria de Fátima P. da Costa  
ESCREVENTE

Cartório do Registro Civil Evaristo da Costa  
Sebastiana Pereira da Costa e Souza  
Guarabira-PB

Rua Osório de Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5220000 Fone:  
32711339 E-mail: rcpn.evaristocosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Guarabira-PB, 28 de Outubro de 2019

Sebastiana Pereira da Costa e Souza  
Oficial do Registro Civil

Consulte e autenticação em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>  
documentos e taxas: R\$ 0,00

Selo Digital: A1B45023-RU0E



AA 000016721

Associação dos Notários e Registradores  
do Estado da Paraíba



**FP** **FÁTIMA PAULINO - SERVIÇO NOTARIAL**  
 Rua 19 de Abril, 100 - Jd. São Francisco - São Paulo - SP  
 Fone: (011) 3757-1008

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Em testemunha da verdade,  
 Guaratingueta, 09/07/2000 10:37:23  
 Fátima Paulino - OAB/SP 156.548-4 Substituta  
 09/07/2000 10:38:05 - 156.548-4 Substituta  
 SOU DIBETIZADA: 42912414-1123  
 Para autenticação em Motos/veiculos, tip. lus.br

**CARTARIO 3º OFICIO**  
 Praça  
 Lima e Moura, 105  
 Centro  
 Fone: (011) 3771-1000

**PARABARÁ - BA**

[illegible]

vo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERLANE MARINHO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02007-9

CONTA: 000000550620-4

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0502202005000000000023702007000000550620675000 PAGO





Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 [www.seguradorelider.com.br](http://www.seguradorelider.com.br)  
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower  
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de únicos herdeiros



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT  
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA  
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE  
PAGAMENTO.



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 3 4 0 0 4 0 5 DATA DE EXPEDIÇÃO: 03/01/08

NOME: TARCISIO MARINHO OLIVEIRA

FILIAÇÃO: Severino Feliciano de Oliveira  
Gerlane Marinho da Silva

NATURALIDADE: Mari-PB. DATA DE NASCIMENTO: 10-12-1996

Cert. Nasc. Nº 41.712; fls. 98; liv. A37;  
Cart. de Guarahira-PB.

CPF: 10124995

Assinatura do Titular: *Tarcisio Marinho Oliveira*

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição: 079.433.444-05

Nome: TARCISIO MARINHO OLIVEIRA

Documento: 10124995

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI. F62

*Tarcisio Marinho Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identificação.

Emissão: JAN/2008

BANCO DO BRASIL



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.739.885 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 16/05/2019

NOME GERLANE MARINHO DA SILVA

PAI: ANTONIO HERMINIO DA SILVA  
MÃE: MARIA JOSÉ MARINHO DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 09/01/1969

DOC ORDEM CASAM N. 34899 FLS. 76 LIV. B84  
CARTÓRIO GUARABIRA-PB

CPF 753.109.374-04

Assinatura: *Gerlane Marinho da Silva*

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF: 753109374-04

NOME COMPLETO: GERLANE MARINHO DA SILVA

NASCIMENTO: 09.01.69

Assinatura: *Gerlane Marinho da Silva*

VALIDADE EQUIVALENTE COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-021  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura: *Gerlane Marinho da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Este cartão é o documento comprobatório de que o titular é portador de pessoas físicas - D-1 e é obrigatório nos casos igualmente determinados para qualquer orientação de natureza tributária, perante a autoridade local em decorrência da Receita Federal.

DATA DE EMISSÃO: 14-06-89

PARQUE DO BRASIL  
Guarabira (PB)  
0232/2021

Assinatura: *Gerlane Marinho da Silva*





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA - IPC  
NÚCLEO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DE GUARABIRA - NPC-GB  
SEÇÃO DE MEDICINA LEGAL



## TANATOSCÓPICO

Lauda do IML - Necropsia



Lauda nº 03.02.01.10.2019.28139.

NIC: 3930.

Data do exame: 26.10.2019.

Hora do exame: 14:20 HORAS.

O Chefe do NPC-GB, designou o **Perito Oficial Médico - Legal BRENO AMORIM ARAUJO REIS** subscritor para proceder ao Exame Tanatoscópico (Cadavérico) conforme solicitação / requisição da **DPC GUARABIRA - PB ; REQUISIÇÃO 1221 / 2019**; assinada pela **AUTORIDADE MARIA SOLIDADE DE SOUSA**; no corpo que nos foi apresentado como sendo de **TARCISIO MARINHO OLIVEIRA, MASCULINO; BRASILEIRO; NASCIDA EM 10.12.1996 EM MARI - PB; FILHO DE GERLANE MARINHO DA SILVA**, descrevendo com verdade e todas as circunstâncias o que encontrar, descobrir e observar, bem como responder aos quesitos no final formulados.

**HISTÓRICO : VIDE REQUISIÇÃO POLICIAL.**

### EXAME PERICIAL

#### I - INSPEÇÃO EXTERNA :

**CADÁVER DO SEXO MASCULINO ; DE COR PARDAS ; QUE MEDE CERCA DE 161 CM ; DE COMPLEIÇÃO FÍSICA BOA ; APARENTANDO BOM ESTADO DE NUTRIÇÃO ; EM RIGIDEZ CADAVERICA ; APRESENTA-SE EM BOAS CONDIÇÕES DE ANÁLISE.**

**EXAME ODONTO - LEGAL EM ANEXO.**

**COURO CABELUDO : CABELOS CASTANHOS / SEM FERIMENTOS.**

**OUVIDOS / NARINAS / BOCA : NÃO SURDE SECREÇÃO.**

**ESCORIAÇÕES ESPARSAS EM TRONCO e 04 MEMBROS.**

*Breno*

Lauda nº 03.02.01.10.2019.28139.

Página 1



**II - INSPEÇÃO INTERNA :**



**CAVIDADE CRANIANA / PESCOÇO** : INSPEÇÃO INTERNA NÃO REALIZADA DEVIDO AO JÁ ESCLARECIMENTO DA CAUSA MORTIS.

**INCISÃO FÚRCULO – PUBIANA.**

**TÓRAX e ABDÔMEN** : HEMOPERITÔNIO VOLUMOSO ; ROTURAS DIFUSAS e IMPORTANTES EM TODO O FÍGADO ; DEMAIS VÍSCERAS SEM FERIMENTOS APARENTES.

**III - EXAMES COMPLEMENTARES** : COLETAMOS SANGUE PARA ALCOOLEMIA.

**OBS:** não há aparelho de radiografia neste IML em funcionamento no presente momento.

Terminada a necropsia e feita a reconstituição estética do cadáver, o(a) perito(a) responde aos quesitos:

**QUESITOS**

1º - Houve morte? **SIM.**

2º - Qual a causa da morte?

1. **CHOQUE HIPOVOLÊMICO HEMORRÁGICO ;**

2. **HEMOPERITÔNIO ;**

3. **ROTURAS EM FÍGADO ;**

4. **TRAUMA ABDOMINAL GRAVE.**

3º - Qual o instrumento ou meio que produziu a morte? **CONTUNDENTE.**

4º - Foi produzida por meio de fogo, veneno, explosivo, asfixia, tortura ou outro meio insidioso ou cruel? **PREJUDICADO.**

E para constar foi exarado o presente laudo que segue devidamente rubricado e assinado pelo(a) Perito(a) anteriormente nomeado(a).

*Breno Amorim Araujo Reis*  
**Breno Amorim Araujo Reis**  
**Perito Oficial Médico – Legal**  
**Mat. 168.226 – 1 / CRM PB 6924**

**Laudo nº 03.02.01.10.2019.28139.**

Página-2





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA - IPC  
NÚCLEO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DE GUARABIRA - NPC  
SEÇÃO DE MEDICINA LEGAL



Lauda nº 03.02.01.10.2019.28139.

NIC: 3930.

Data do exame: 26.10.2019.

Hora do exame: 14:20 HORAS.

O Chefe do NPC-GB, designou o Perito Oficial Odonto - Legal RODRIGO CSILLAZ DE SOUSA subscritor para proceder ao Exame Tanatoscópico (Cadavérico) conforme solicitação / requisição da DPC GUARABIRA - PB; REQUISIÇÃO 1221 / 2019; assinada pela AUTORIDADE MARIA SOLIDADE DE SOUSA; no corpo que nos foi apresentado como sendo de TARCISIO MARINHO OLIVEIRA, MASCULINO; BRASILEIRO; NASCIDA EM 10.12.1996 EM MARI - PB; FILHO DE GERLANE MARINHO DA SILVA, descrevendo com verdade e todas as circunstâncias o que encontrar, descobrir e observar, bem como responder aos quesitos no final formulados.

HISTÓRICO : VIDE REQUISIÇÃO POLICIAL.

#### DADOS CARACTERÍSTICOS:

CABELOS: encaracolados; ROSTO: triangular; SOBRANCELHAS: semi-retas; COR: parda; PÁLPEBRAS: fechadas; ÍRIS: castanho; PUPILAS: dilatadas; CONJUNTIVAS: brilhantes; ARCO SENIL: ausente; NARIZ: mesorrino; BOCA: média; LÁBIOS: finos; BARBA: rala; BIGODE: ralo.

|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 18 | 17 | 16 | 15 | 14 | 13 | 12 | 11 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| 48 | 47 | 46 | 45 | 44 | 43 | 42 | 41 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 |
|    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

Lauda nº 03.02.01.10.2019.28139.

Página 1



- Restauração em Amálgama de Prata (preto); Resina Composta e compósitos (verde); Ouro (vermelho); Resinificação provisória (roxo); Cimento de Ionômero de vidro (laranja)

- Lesão Cariosa

X - Extração

RR - Resto Radicular

A - Ausente

H - Hígido

P - Presente



### DESCRIÇÃO DO EXAME:

- 1) O cadáver apresenta rigidez e está em boas condições de análise; 2) Não há lesões digno de notas periciais no complexo bucomaxilofacial; 3) Gengivas e mucosas pálidas e integras; 4) Arcos totalmente dentados e dentes em bom estado de conservação; Vide odontograma em anexo para mais detalhes. E para constar foi exarado o presente laudo que segue devidamente rubricado e assinado pelo(a) Perito(a) anteriormente nomeado(a).

Observação: O instituto não dispõe aparelho de raio-x e durante a realização da oroscopia não havia condições de luminosidade adequada; Há falta de instrumentais odontológicos, podendo assim, acarretar perda de alguns detalhes em consequência das dificuldades técnicas.

**Rodrigo Csillaz de Sousa**  
Perito Oficial Odonto - Legal  
Mat. 168.261 - O / CRO PB 5500

Laudo nº 03.02.01.10.2019.28139.

Página 2





Ofício Nº 1221/2019

08.12.2019

Guarabira/PB, sábado, 26 de outubro de 2019

A Sua Senhoria o(a) Senhor(a)  
Chefe do(a) Núcleo de Medicina Legal  
IPC/PB - GUARABIRA



**Assunto: Requisição de EXAME CADAVERÍCO/REMOÇÃO**

Senhor(a) Chefe,

1. Requisito a realização de **EXAME CADAVERÍCO/REMOÇÃO**, na pessoa abaixo qualificada, devendo o LAUDO ser encaminhado no prazo legal de 10 dias (CPP, art. 160, p. único):

TARCISIO MARINHO OLIVEIRA, natural de Guarabira, filho de Severino Feliciano de Oliveira e de Gerlane Marinho da Silva, RG:3400405 SSP/PB, residente no distrito de Pirpiri, Guarabira/PB

2. Informo, ainda, os seguintes dados a respeito da ocorrência:

A vítima sofreu acidente de moto na Rodovia Estadual PB 073, que liga Araçagi a Guarabira, oportunidade em que foi socorrido para o Hospital Regional de Guarabira, onde veio a falecer na manhã de hoje, por volta das 05:00h.

3. O Laudo deverá ser encaminhado à delegacia de GUARABIRA/PB

Atenciosamente,

MARIA SOLIDADE DE SOUSA  
Delegada(o) de Polícia Civil  
Mat. 075.563-0

*Carlos Vinícius Fernandes Lima*

Modelo: Delegado\_JUARDITO\_COPULADO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028195/20

Vítima: TARCISIO MARINHO OLIVEIRA

CPF: 079.433.444-05

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/10/2019

Titular do CPF: TARCISIO MARINHO  
OLIVEIRA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Necropsia  
Outros

#### Outros



**GERLANE MARINHO DA SILVA : 753.109.374-04**

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 apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 cada um.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020  
Nome: GERLANE MARINHO DA SILVA  
CPF: 753.109.374-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

GERLANE MARINHO DA SILVA

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES





## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

|                                               |                                                                                |                                           |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>COBERTURA SOLICITADA</b>                   |                                                                                |                                           |
| <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) | <input checked="" type="checkbox"/> MORTE |

|                                                                                                                                   |                                                                                  |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA</b>                                                                                                    |                                                                                  |                               |
| Vítima: <u>FABRISIO MARINHO OLIVEIRA</u>                                                                                          |                                                                                  |                               |
| Data do Acidente: <u>26/10/2019</u>                                                                                               | Possui CPF: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Nº CPF: <u>079 433 444-05</u> |
| <b>PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS</b>                                                                     |                                                                                  |                               |
| <input type="checkbox"/> Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)                                        |                                                                                  |                               |
| <input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal (cópia simples)                                                               |                                                                                  |                               |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original) |                                                                                  |                               |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares</li><li>Todos os documentos devem estar legíveis</li><li>Para acompanhar o pedido de indenização, acesse <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a> ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h</li></ul> |  |  |

|                                                                                                                                                      |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>                                                                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – original ou cópia autenticada |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário                                                                         |  |  |
| <input type="checkbox"/> Laudo de Invalidade do IML – <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – original ou cópia autenticada      |  |  |
| <input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário                                                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples)                                                                        |  |  |
| <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)                                                                                               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)                                                                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)                                                                             |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS</b>                                                                                                                                                                                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não – original ou cópia autenticada                                                                            |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)                                                                                               |  |  |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário                                                                                                                                                    |  |  |
| <input type="checkbox"/> Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais) |  |  |
| <input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário                                                                                                                                              |  |  |
| <input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples)                                                                                                                                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)                                                                                                                                                                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)                                                                                                                                            |  |  |
| Pedido do Seguro DPVAT (original)                                                                                                                                                                                               |  |  |

|                                                                                                                                                                       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE</b>                                                                                                                       |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não        |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                   |  |  |
| <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário                                                                                          |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples)                                                                              |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)                                                                                                     |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)                                                              |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CPF de todos os beneficiários (cópia simples)                                                                                     |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)                                                                       |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)                                                                                   |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – Cópia Autenticada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE</b>                                                                                                                                                                              |  |  |
| <b>BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)</b>                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)                                                                                                                                                                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)                                                                                                                                                                       |  |  |
| <b>BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)</b>                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| <input type="checkbox"/> Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples) |  |  |
| <b>BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)</b>                                                                                                                                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)                                                         |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)                                                                                                                                                                 |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)                                                                                                                                                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge                                                                                                                                         |  |  |
| <b>BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))</b>                                                                                                                                                                                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)                                                                                                                                                                       |  |  |
| <b>BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)</b>                                                                                                                                                                                              |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)                                                                                                                                                            |  |  |
| <b>BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))</b>                                                                                                                                                                            |  |  |
| <input type="checkbox"/> Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)                                                                                                                                                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)                                                                                                                                                                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário – (cópia simples)                                                                                                                                          |  |  |
| <input type="checkbox"/> Outros Documentos apresentados:                                                                                                                                                                                       |  |  |

|                                                                                                                                                  |                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|
| <b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO</b>                                                                                                                  |                                             |  |
| Portador da documentação (Nome): <u>GERLANE MARINHO DA SILVA</u>                                                                                 |                                             |  |
| Quem é o portador? <input type="checkbox"/> Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Beneficiário <input type="checkbox"/> Representante Legal | CPF do portador: <u>753 109 374-04</u>      |  |
| E-mail:                                                                                                                                          | Tel.: (83) <u>99696 5633</u>                |  |
| Data: <u>10/01/2019</u>                                                                                                                          | Assinatura: <u>Gerlane Marinho da Silva</u> |  |

|                                                                |                                 |  |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------|--|
| <b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO</b>                            |                                 |  |
| Ponto de Atendimento (Nome do ponto): <u>AC GUARABIRA - PS</u> |                                 |  |
| Atendente: <u>Roberto Mattos de Carvalho Júnior</u>            | Matrícula: <u>8.477.964-0</u>   |  |
| Data: <u>10/01/2019</u>                                        | Assinatura: <u>[Assinatura]</u> |  |



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028195/20

**Vítima:** TARCISIO MARINHO OLIVEIRA

**CPF:** 079.433.444-05

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/10/2019

**Titular do CPF:** TARCISIO MARINHO OLIVEIRA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Necrópsia  
Outros

#### GERLANE MARINHO DA SILVA : 753.109.374-04

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 apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 cada um.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020  
Nome: GERLANE MARINHO DA SILVA  
CPF: 753.109.374-04

GERLANE MARINHO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020  
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES  
CPF: 156.118.057-28

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES

