



Número: **0804366-36.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **25/01/2021**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

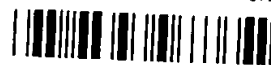
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DA PENHA FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		JOSEABNER BARBOSA LOPES (ADVOGADO) MARIA KAROLINNY DA SILVA PEREIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43672093	26/05/2021 16:42	Petição	Petição
43672400	26/05/2021 16:42	2752004_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_05	Outros Documentos
43672404	26/05/2021 16:42	2752004_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_04	Outros Documentos
43672405	26/05/2021 16:42	2752004_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_03	Outros Documentos
43672409	26/05/2021 16:42	2752004_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02	Outros Documentos
43672414	26/05/2021 16:42	2752004_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01	Outros Documentos

em anexo



Declaração de únicos herdeiro:



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 CICERO ROSAS SIQUEIRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 10/10/2018, faleceu em 10/10/2018, no estado civil de SOLTEIRO (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.	<u>JOANA LUIS DO NASCIMENTO</u>	<u>Genitora</u>	<u>3131695</u>	<u>01839689480</u>
2.				
3.				
4.				
5.				

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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.

GUARARÁ 05/02/2019
LOCAL E DATA

Joana Luis do Nascimento
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

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 REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>NELSON DAVI FAUZE</u>	<u>1690042</u>	<u>89373006482</u>	<u>Nelson Davi Fauze</u>
2. <u>FLAVIA SONALLY RODRIGUES SILVA</u>	<u>3124997</u>	<u>081.010.04481</u>	<u>Flavia Sonally Rodrigues Silva</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/08/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	13.500,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOANA LUIS DO NASCIMENTO

BANCO: 001

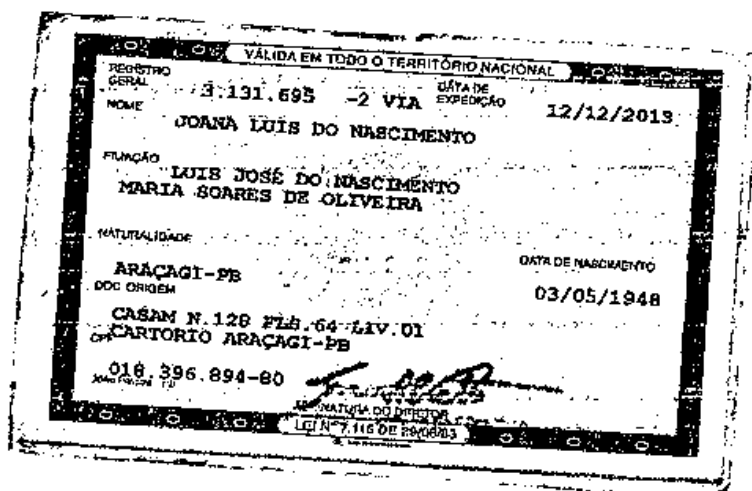
AGÊNCIA: 01455-9

CONTA: 000000009744-6

Nr. da Autenticação 82F33E03A5FEF28E



Documentos de identificação



Laudo do IML - Necropsia



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

C: 530018 Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dra. Cristiane Helena da Silva B. Freire, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) DP de Guarabira/PB de nº 1172/2018 datada de: 10/10/2018, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: CICERO ROSAS SIQUEIRA, Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: Solteiro(a), 50 anos, natural de: Araçagi/PB, sexo: Masculino, Raça/cor: pardo; filho/a de: Severino Rosas Siqueira e Joana Luis do Nascimento, residente na Rua do peru, 22, Bairro das Nações, Guarabira/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

Histórico: Consta em requisição de exame cadavérico emitida por delegado de polícia os seguintes termos, *in verbis*, que "Que por volta das 17:30 horas, a vítima, CICERO ROSAS SIQUEIRA, seguia pela Rodovia PB-075, próximo ao motel Pacione, ocasião em que colidiu com um veículo; Que a vítima acima referida faleceu no local do sinistro."

Exame realizado em: 11/10/2018 às 10:00h.

I - INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver de sexo masculino, de cor parda, de compleição física normolínea, aparentando regular estado de nutrição e de conservação, trajando calça cinza, camisa rosa, cueca vermelha, está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso, estando o cadáver em regulares condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos pretos e curtos. Das narinas surge sangue. Exame Odonto Legal em anexo. Face: afundamento craniofacial, com ferida contusa aberta frontal (3,5 cm) e em lábio inferior; apresenta ainda escoriação em placa em linha média da região mental, além de outra escoriação no dorso nasal. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais. Tórax: escoriações em região esternal. Abdômen: escoriações em abdome inferior e crista ilíaca antero-superior esquerda. Genitália externa: masculina. Membros superiores: escoriações em axila esquerda e membro superior esquerdo. Membros inferiores: ferida contusa aberta em região inguinal esquerda, medindo cerca de 15 cm de extensão, terço distal de face anterior de coxa esquerda, medindo cerca de 8 cm de extensão, e face medial de terço médio de perna direita, medindo cerca de 10 cm de extensão; deformidade e crepitação de bacia, compatível com fratura; deformidade e encurtamento de perna direita, compatível com fratura; escoriações em face anterior de joelho esquerdo, face medial de perna esquerda, face medial de coxa direita, axila esquerda, antepé esquerdo e maléolo medial esquerdo, deformidade e encurtamento de coxa direita, compatível com fratura de fêmur.

II - INSPEÇÃO INTERNA:

Royssa Diniz de A. Almeida
Perito(a) Oficial Médico-Legal
CRM: 7058-PB Mat. 168.223





CAVIDADE CRANIANA: Feita uma incisão bi-mastoidea, rebatido o escalpo, foi constatado hematoma subgaleal anterior. Abóbada craniana: fratura fronto-temporal direita. Retirada a calota craniana, o(a) perito(a) observou hematoma subdural. Removida a dura-máter, a base do crânio apresenta-se fraturada em seus andares anteriores e médios bilateralmente. **CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL:** não foi procedida a abertura da cavidade tóraco-abdominal devido à ausência de lesões externas e devido às evidências da causa da morte se concentrarem em outros segmentos corporais, sendo estas suficientes para a formação da convicção da *causa mortis*.

III – EXAMES COMPLEMENTARES

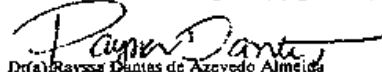
Procedida a coleta de amostra de sangue para realização de exame pericial de quantificação de etanol no sangue, conforme determina o art. 11 da resolução CONTRAN Nº 432 DE 23/01/2013.

Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa o(a) perito(a) a responder aos quesitos:

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM.
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? POLITRAUMATISMO.
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 4 - SE 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 com versos em branco e assinado pelo(a) perito(a) anteriormente nomeado(a).


Dr(a) Rayssa Quintas de Azevedo Almeida
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:168.223-7 CRM 7058/PB



C: 530018 Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

LAUDO TANATOSCÓPICO

Secção de Odontologia

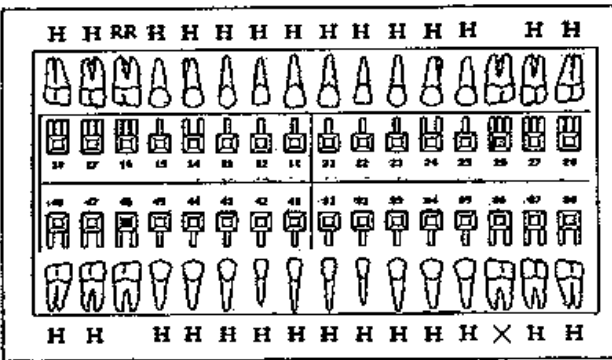
Data do exame: 11/10/2018 Hora do exame: 10:00

Órgão Requisitante: DP de Guarabira/PB. Nº da Solicitação: 1172/2018. Autoridade Solicitante: Eraldo Vieira Barbosa. Nome: CICERO ROSAS SIQUEIRA, 50 anos, filho de: Severino Rosas Siqueira e Joana Luis do Nascimento. Sexo: Masculino. Estado civil: Solteiro. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Araçagi/PB. Profissão: Mecânico.

DADOS CARACTERÍSTICOS:

Cor: Faioderma. Cabelos: Curtos, encaracolados e castanhos escuros. Rosto: Redondo. Sobrancelhas: Semirretas. Pálpebras: Fechadas. Íris: Castanho-claro. Pupilas: Midriáticas. Córneas: Opacas. Conjuntivas: Preservadas. Nariz: Mesorrino. Boca: Grande. Lábios: Grossos. Arco senil: Não. Barba: Rala. Bigode: Ralo. Sinais Particulares: não tem.

ODONTOGRAMA



LEGENDA

○ Tratamento ortodôntico	■ Restauração coroa com material dentário metálico decorado
⊗ Elemento dentário ausente	■ Restauração coroa com material dentário estético (compósito)
⊗ Elemento dentário ausente (pontas com características de dentes sem raízes)	■ Restauração coroa com material dentário metálico (amalgama)
⌈ Dente pilão de ponte fixa	■ Restauração coroa com material não metálico (resina)
⊗ Pontica	■ Restauração coroa com material dentário metálico
⌈ Implante	■ Cárie
— Segmento com dente dentado a não ter sido aproximado a coroa	
H Elemento dentário lígido	RR Resto radicular

Legenda e representação gráfica (odontograma) adaptada do padrão Interpol conferida a partir do exame dos elementos dentários realizados na subespecialidade Odontologia. A DECISÃO DOS ELEMENTOS DENTÁRIOS É DE ACORDO COM O EXAME VISCAL.

Laudo nº: 03.01.01.102018.22681


Dr. Jafar Araújo Barbosa de Almeida
 Perito Oficial Odonto Legal
 Matr: 168254-7 CRO 3378/PB

Página 1 de 2



063

Particularidades em cada elemento dentário. Notação dentária preconizada pela FDI (Federação Dentária Internacional).

DENTES SUPERIORES DIREITOS		DENTES SUPERIORES ESQUERDOS		DENTES INFERIORES ESQUERDOS		DENTES INFERIORES DIREITOS	
11	H	21	H	31	H	41	H
12	H	22	H	32	H	42	H
13	H	23	H	33	H	43	H
14	H	24	H	34	H	44	H
15	H	25	H	35	H	45	H
16	RAR	26	CA (Facies MO)	36	PAV	46	RA (Facies O)
17	H	27	H	37	H	47	H
18	H	28	H	38	H	48	H

AORT – aparelho ortodôntico	AP – apinhamento	D – distal
BRA – braquete	CA – cárie	I – incisal
CONT – contenção	DI – diastema	L – lingual
CP – coroa provisória	FRA – fratura	M – mesial
IMP – implante	GI – giroversão	O – Oclusal
PP – prótese provisória	H – dente hígido	P – palatino
PPR – prótese parcial removível	IN – incluso ou impactado	V – vestibular
PT – prótese total	LP – lesão periapical	
PU – prótese unitária (coroa)	PAV – perda antiga em vida	(I) – classe I
RA – restauração em amálgama	PRV – perda recente em vida	(II) – classe II
RC – resina composta	PPM – perda pós-morte	(III) – classe III
RMF – restauração metálica fundida	RAR – raiz residual	(IV) – classe IV
RP – restauração provisória	RER – rebordo remodelado	(V) – classe V
RTP – restauração termopolimerizável	SUP – supranumerário	
TE – tratamento endodôntico		

DESCRIÇÃO DO EXAME:

O cadáver apresenta face em rigidez cadavérica e edema/equimose em pálpebra superior direita. Observa-se ferimento contuso localizado em linha média da região frontal, com formato de fenda e medindo 3,5cm em seu maior eixo, acompanhado de duas escoriações lineares adjacentes. Verifica-se uma escoriação do tipo placa, formato circular, localizado em linha média da região mental, além de outra escoriação no dorso nasal. Notam-se ferimentos contusos localizados no lábio inferior e equimose de coloração violácea no lábio superior. À palpação, nota-se mobilidade óssea anormal e crepitação compatível com fratura dos ossos: frontal, nasal, zigomático bilateralmente, maxila (entre os elementos dentários 11/21) e mandíbula (linha média). Ao exame intraoral, a mucosa apresenta-se pálida e íntegra. Os elementos dentários estão descritos no odontograma acima em regular estado de conservação. As demais estruturas do complexo bucomaxilofacial não apresentam lesões dignas de nota. Das narinas surge sangue, e dos condutos auditivos e boca não fluem qualquer tipo de secreção. Nada mais havendo a tratar, encerra-se esse laudo, escrito em duas páginas, devidamente rubricadas.

Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

Drª Jaísa Araújo Barbosa de Almeida
Perito Oficial Odonto-Legal
Mat: 168254-7 CRO 3378/PB

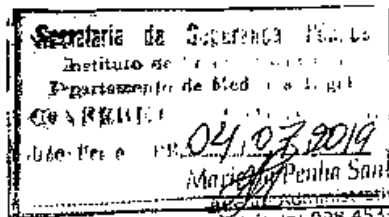
Jaísa Araújo B. de Almeida
Perito Oficial Odonto-Legal
CRO: 3378/PB Mat. 168.254-7

Página 2 de 2





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL



C: 530018 Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dra. Cristiane Helena da Silva B. Freire, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) DP de Guarabira/PB de nº 1172/2018 datada de: 10/10/2018, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: CICERO ROSAS SIQUEIRA, Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: Solteiro(a), 50 anos, natural de: Aracagi/PB, sexo: Masculino, Raça/cor: pardo; filho/a de: Severino Rosas Siqueira e Joana Luis do Nascimento, residente na Rua do peru, 22, Bairro das Nações, Guarabira/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

Histórico: Consta em requisição de exame cadavérico emitida por delegado de polícia os seguintes termos, *in verbis*, que "Que por volta das 17:30 horas, a vítima, CICERO ROSAS SIQUEIRA, seguia pela Rodovia PB-075, próximo ao motel Pacione, ocasião em que colidiu com um veículo; Que a vítima acima referida faleceu no local do sinistro."

Exame realizado em: 11/10/2018 às 10:00h.

I - INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver de sexo masculino, de cor parda, de complexão física normolínea, apresentando regular estado de nutrição e de conservação, trajando calça cinza, camisa rosa, cueca vermelha, está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso, estando o cadáver em regulares condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos pretos e curtos. Das narinas surge sangue. Exame Odonto Legal em anexo. Face: afundamento craniofacial, com ferida contusa aberta frontal (3,5 cm) e em lábio inferior; apresenta ainda escoriação em placa em linha média da região mental, além de outra escoriação no dorso nasal. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais. Tórax: escoriações em região esternal. Abdômen: escoriações em abdome inferior e cística ilíaca antero-superior esquerda. Genitália externa: masculina. Membros superiores: escoriações em axila esquerda e membro superior esquerdo. Membros inferiores: ferida contusa aberta em região inguinal esquerda, medindo cerca de 15 cm de extensão, terço distal de face anterior de coxa esquerda, medindo cerca de 8 cm de extensão, e face medial de terço médio de perna direita, medindo cerca de 10 cm de extensão; deformidade e crepitação de bacia, compatível com fratura; deformidade e encurtamento de perna direita, compatível com fratura; escoriações em face anterior de joelho esquerdo, face medial de perna esquerda, face medial de coxa direita, axila esquerda, antepé esquerdo e maléolo medial esquerdo, deformidade e encurtamento de coxa direita, compatível com fratura de fêmur.

II - INSPEÇÃO INTERNA:

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:33
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052616423167700000041531529
Número do documento: 21052616423167700000041531529



CAVIDADE CRANIANA: Feita uma incisão bi-mastoídea, rebatido o escalpo, foi constatado: hematoma subgaleal anterior. Abóbada craniana: fratura fronto-temporal direita. Retirada a calota craniana, o(a) perito(a) observou hematoma subdural. Removida a dura-máter, a base do crânio apresenta-se fraturada em seus andares anteriores e médios bilateralmente. CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: não foi procedida a abertura da cavidade tóraco-abdominal devido à ausência de lesões externas e devido às evidências da causa da morte se concentrarem em outros segmentos corporais, sendo estas suficientes para a formação da convicção da *causa mortis*.

III – EXAMES COMPLEMENTARES

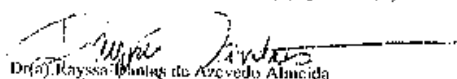
Procedida a coleta de amostra de sangue para realização de exame pericial de quantificação de etanol no sangue, conforme determina o art. 11 da resolução CONTRAN Nº 432 DE 23/01/2013.

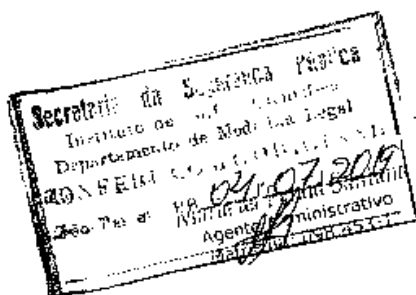
Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa o(a) perito(a) a responder aos quesitos:

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM.
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? POLITRAUMATISMO.
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 4 - SE 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 com versos em branco e assinado pelo(a) perito(a) anteriormente nomeado(a).


Dr(a) Rayssa Pinhas de Azevedo Almeida
Perito Oficial Médico-Legal
Mat: 168.223-7 CRM 7058/PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

C: 530018 Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

LAUDO TANATOSCÓPICO
Seção de Odontologia

Data do exame: 11/10/2018 Hora do exame: 10:00

Órgão Requiritante: DP de Guarabira/PB. Nº da Solicitação: 1172/2018. Autoridade Solicitante: Eraldo Vieira Barbosa. Nome: CICERO ROSAS SIQUEIRA, 50 anos, filho de: Severino Rosas Siqueira e Joana Luis do Nascimento. Sexo: Masculino. Estado civil: Solteiro. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Araçagi/PB. Profissão: Mecânico.

DADOS CARACTERÍSTICOS:

Cor: Faioderma. Cabelos: Curtos, encaracolados e castanhos escuros. Rosto: Redondo. Sobrancelhas: Semirretas. Pálpebras: Fechadas. Íris: Castanho-claro. Pupilas: Midríaticas. Córneas: Opacas. Conjuntivas: Preservadas. Nariz: Mesorrino. Boca: Grande. Lábios: Grossos. Arco senil: Não. Barba: Rala. Bigode: Ralo. Sinais Particulares: não tem.

ODONTOGRAMA

Diagrama odontológico com símbolos para dentes naturais, restaurações e dentes ausentes. A legenda define os símbolos utilizados.

LEGENDA

- Tipo dentário endodômico
- ✕ Elemento dentário ausente
- Elemento dentário presente (a) (b) (c) (d) (e) (f) (g) (h) (i) (j) (k) (l) (m) (n) (o) (p) (q) (r) (s) (t) (u) (v) (w) (x) (y) (z)
- Dente para de porta fixa
- ☒ Ponte
- ▽ Implante
- Segmento com dados de identificação não representado a exame
- H Elemento dentário lúcido
- RR Resto radicular
- Restauração coroa com material cerâmico metálico dourado
- Restauração coroa com material cerâmico estético (compósito)
- Restauração coroa com material dentário metálico (amalgama)
- Restauração coroa com material não identificado (quadrado)
- Restauração coroa com material dentário metálico
- Cabe

Legenda de representação gráfica (odontograma) adaptada do padrão Interpol conferenciada a partir do exame dos elementos dentários realizado no necropsócio odontológico. A restrição dos elementos dentários esta de acordo com o padrão Interpol.

Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

Drª Jaisa Araújo Barbosa de Almeida
Perita Oficial Odonto Legal
Mat:168254-7 CRO 3378/110

Página 1 de 2



Particularidades em cada elemento dentário. Notação dentária preconizada pela FDI (Federação Dentária Internacional).

Secretaria da Segurança Pública
Instituto de Polícia Científica
Departamento de Identificação Legal
Miguel de Fátima, 1000 - 1.º andar
Rio de Janeiro, RJ - 20030-000
Fone: (21) 250-0000
Fax: (21) 250-0001
E-mail: ipc@securidade.sp.gov.br

DENTES SUPERIORES DIREITOS		DENTES SUPERIORES ESQUERDOS		DENTES INFERIORES ESQUERDOS		DENTES INFERIORES DIREITOS	
11	H	21	H	31	H	41	H
12	H	22	H	32	II	42	H
13	H	23	H	33	H	43	H
14	II	24	H	34	H	44	H
15	H	25	II	35	H	45	II
16	RAR	26	CA (Facies MO)	36	PAV	46	RA (Face O)
17	II	27	H	37	II	47	H
18	H	28	II	38	H	48	H

AORT – aparelho ortodôntico	AP – apinhamento	D – distal
BRA – bráquete	CA – cárie	I – Incisal
CONT – contenção	DI – diastema	L – lingual
CP – coroa provisória	FRA – fratura	M – mesial
IMP – implante	GI – giroversão	O – Oclusal
PP – prótese provisória	H – dente hígido	P – palatino
PPR – prótese parcial removível	IN – incluso ou impactado	V – vestibular
PT – prótese total	LP – lesão periapical	
PU – prótese unitária (coroa)	PAV – perda antiga em vida	(I) – classe I
RA – restauração em amálgama	PRV – perda recente em vida	(II) – classe II
RC – resina composta	PPM – perda pós-morte	(III) – classe III
RMF – restauração metálica fundida	RAR – raiz residual	(IV) – classe IV
RP – restauração provisória	RER – rebordo remodelado	(V) – classe V
RTP – restauração termopolimerizável	SUP – supranumerário	
TE – tratamento endodôntico		

DESCRIÇÃO DO EXAME:

O cadáver apresenta face em rigidez cadavérica e edema/equimose em pálpebra superior direita. Observa-se ferimento contuso localizado em linha média da região frontal, com formato de fenda e medindo 3,5cm em seu maior eixo, acompanhado de duas escoriações lineares adjacentes. Verifica-se uma escoriação do tipo placa, formato circular, localizado em linha média da região mental, além de outra escoriação no dorso nasal. Notam-se ferimentos contusos localizados no lábio inferior e equimose de coloração violácea no lábio superior. À palpação, nota-se mobilidade óssea anormal e crepitação compatível com fratura dos ossos: frontal, nasal, zigomático bilateralmente, maxila (entre os elementos dentários 11/21) e mandíbula (linha média). Ao exame intraoral, a mucosa apresenta-se pálida e íntegra. Os elementos dentários estão descritos no odontograma acima em regular estado de conservação. As demais estruturas do complexo bucomaxilofacial não apresentam lesões dignas de nota. Das narinas surge sangue, e dos condutos auditivos e boca não fluem qualquer tipo de secreção. Nada mais havendo a tratar, encerra-se esse laudo, escrito em duas páginas, devidamente rubricadas.

Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

Drª Jaíza Araújo Barbosa de Almeida
Perito Oficial Odonto Legal
Mat:168254-7 CRO 3378/PR

Jaíza Araújo B. de Almeida
Perito Oficial Odonto Legal
CRO: 3378/PR Mat: 168.254-7

Página 2 de 2



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

VÍTIMA CACERO ROSAS SUELI

DATA DO ACIDENTE 10/10/2013 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 09223907412

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.segurodbrasil.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Atto Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidiz do INIL - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do INIL (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do INIL.
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome do terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização do pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Atto Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (material e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome do terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização do pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

857900845

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTO

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☒ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Atto Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome do terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização do pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (LMC) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DE SEPARAÇÃO DE FATO (original)**, declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☒ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador

E-mail

Data 22/11/2013

Assinatura Joana Suia do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC GUARAPUAVA / PB

Atendente

Data 22/11/2013

Assinatura João Rivaldo Brito Cordeiro

Ag. de Correios (Assinatura)

AL GUARAPUAVA - PB (8.377.787)

Outros



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB N° 013746924293 14485257688 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO PRT 20170200017938-4	VIA 1 0112749892-1 00/00000000
MARIA DA PENHA FERREIRA DA SILVA RUA PERU 22 NORDESTE I 58205000 GUARABIRA - PB	
58193006453 01/09/2017	
PARENTE MUNIZ FILHO E CIA LTDA	
NOVO 9C2KF1710FR812130	PAS/MOTONETA/NAO APLIC GASOLINA
HONDA/PCX 150 2015	2015
2 P/152/CI PARTIC	PRETA
A.F. BANCO-HONDA S.A. N. Motor: KFI7E1F812130	
GUARABIRA - PB 16497	01/09/2017 16497





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
Severino Rosas Siqueira

MATRÍCULA:
0689990155 2014 4 00007 052 0005040 20



SEXO masculino COR parda ESTADO CIVIL E IDADE casado, 81 anos

NATURALIDADE/UF Aracagi-PB DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
CPF nº: 000.094.574-96

ELEITOR
SIM - Nº 002584381201, Zona: 10 - PB

FILIÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)
Cecília Rita Trajano. Residência na(o) Av. Olívio Maroja, s/nº, Centro, no município de Aracagi-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO cinco de julho de dois mil quatorze - 14:00 DIA 05 MÊS 07 ANO 2014

LOCAL DO FALECIMENTO
Em domicílio, Av. Olívio Maroja, s/nº, Centro no município de Aracagi-PB

CAUSA DA MORTE
Câncer gástrico em estágio terminal e Falência Múltipla de Órgãos

NOME DO MÉDICO / CRM João Bezerra da Silva Neto - CRM: 4193 LOCAL DO SEPULTAMENTO
Cemitério Sagrada Família no município de Aracagi-PB

DECLARANTE
Joana Luis do Nascimento, esposa do falecido, brasileira, viúva, com 66 anos de idade, agricultora aposentada, residente e domiciliada: Av. Olívio Maroja, s/nº, Centro, Aracagi-PB, natural de Aracagi-PB

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Observações: Registro lavrado em 07/07/2014, no Livro C-00007, Nº 5040, folha 52-V.
O falecido era casado com Joana Luis do Nascimento. Declaração de Óbito nº 21142005-0. O falecido deixou 04 (quatro) filhos: Maria da Guia, Cleber, Vendiane e Maria da Conceição. A declarante não soube informar a idade dos mesmos. Não deixou bens.

NOME DO OFÍCIO
J Figueiredo - Serviço Notarial e Registral
OFICIAL REGISTRADOR
Symonne de Lima Figueiredo
MUNICÍPIO/UF
Aracagi-PB
ENDEREÇO
Rua Castelo Branco, nº 78, Castelo Branco Aracagi-PB - CEP - 58270-000 FONE: 3274-1017

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Aracagi-PB, 7 de Julho de 2014

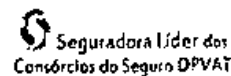
Maria das Graças Alves
Maria das Graças Alves
Escrevente Compromissada

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

Nº 687687/A



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431969/18

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

CPF: 092.229.074-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/10/2018

Titular do CPF: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

JOANA LUIS DO NASCIMENTO : 018.396.894-80

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/11/2018
Nome: JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF: 018.396.894-80

JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431969/18

Número do Sinistro: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

CPF: 092.229.074-18

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO ROSAS SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório
Outros

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2018
Nome: JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF: 018.396.894-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2018
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Alexandre Tavares Belfort



Alessandra Magalhães

De: Danielle Barros Leite <danielle.barros@excelsiorseguros.com.br>
Enviado em: terça-feira, 11 de dezembro de 2018 15:14
Para: Projeto Correo
Assunto: Recepcionar documentação no SIS DPVAT - CÍCERO ROSAS SIQUEIRA-3180562126

Prezados (as),

solicitamos recepcionar certidão de óbito da vítima na aba comprovação de ato declaratório, pois a vítima faleceu no local do acidente.

Atenciosamente,



Danielle Barros Leite

Assistente DPVAT

Regulação DPVAT

danielle.barros@excelsiorseguros.com.br

+55 (81) 3087-9200 / +55

<http://www.excelsiorseguros.com.br>

Confidencialidade

Esta mensagem é de cunho confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Cia Excelsior de Seguros, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes envolvidas. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente e descartar este e-mail.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431969/18

Número do Sinistro: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

CPF: 092.229.074-18

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO ROSAS SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOANA LUIS DO NASCIMENTO : 018.396.894-80

Declaração de únicos herdeiros

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF: 018.396.894-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: Karen Souza da Motta Rocha
CPF: 131.046.337-97

JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Karen Souza da Motta Rocha



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



DOCUMENTOS SOLICITADOS

MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

VITIMA CICERO ROSAS SIQUEIRA

DATA DO ACIDENTE 09/02/2019 **POSSUI CPF Nº SIM () NÃO Nº CPF** 092.229.034-18

PARA VÍTIMAS COM BENEFICÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS
 () Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
 () CPF do Representante Legal (cópia simples)
 () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES INDICADAS

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradorajldir.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA CONDIÇÃO DE BENEFICÁRIO

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA CONDIÇÃO DE DANOS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (frete e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos dos médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA CONDIÇÃO DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS BÁSICOS DOS BENEFICÁRIOS - CONDIÇÃO DE MORTE

- BENEFICÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão do Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Coniuge (original)
- BENEFICÁRIO COMPANHHEIRO (A)**
 - () Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal, ou prova de dependência através de carteira de trabalho, ou Alvará Judicial, reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICÁRIO COMPANHHEIRO (A) E CONJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes, junto à Receita Federal, ou Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo coniuje
 - () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a) e o coniuje
- BENEFICÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Unicos Herdeiros (original)
 - BENEFICÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Unicos Herdeiros (original)
- BENEFICÁRIO COLATERAL (TIAVÔ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Unicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Quem é o portador? () Vítima (X) Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: 092.229.034-18

Assinatura: Joana Luis do Nascimento Data: 01/03/2019

ASSINATURA PARA RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AC GUARABIRA / PB

Assinatura: João Rivelimperto Cordula Data: 01/03/2019

Assinatura: AC Guarabira - Fone: 8.877.787-7

07/01/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(/)



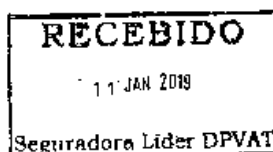
Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180562126 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CICERO ROSAS SIQUEIRA
COBERTURA Morte

v.seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

1/4



PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

SEGURADORA LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JOANA LUIS DO NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 01839689480**Posição em 07-01-2019 09:16:33**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Pendente	JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT[https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)[l=pt&ls=1&mt=8\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)[https://play.google.com/store/apps/details?](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)[id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)**ACESSIBILIDADE**[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

comparecerão independentemente de intimação, expedição de ofício, vistorias periciais, junta de novos documentos, e outras não expressamente enunciadas.

Pede Deferimento.

João Pessoa (PB), na data do protocolo.

Nelson Davi Xavier

OAB/PB 10.611



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431969/18

Outros



Número do Sinistro: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do acidente: 10/10/2018

CPF: 092.229.074-18

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

JOANA LUIS DO NASCIMENTO : 018.396.894-80

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/02/2019
Nome: JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF: 018.396.894-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/02/2019
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Karine Gomes de Lima





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

LIDER

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)☐ CPF da vítima (cópia simples)☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

☐ BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)☐ Declaração de Cônjuge (original)☐ BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependência dos filhos junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Abertura Juleta, ou outro documento que comprove a união estável (cópia simples)☐ BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes (junto à Receita Federal) ou Declaração de dependência (cópia simples)☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelas partes (companheiros), e o cônjuge☐ BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)☐ BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)☐ BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima - quando necessário - (cópia simples)☐ Outros Documentos apresentados:Portador da documentação (Nome) JOANA LUIZ DO NASCIMENTOQuem é o portador? ☐ Vítima ☒ Benefetário ☐ Representante Legal - CPF do portador 09396940

Em

Data 05/02/2018 Assinatura Joana Luiz do Nascimento

Assinatura

Data 05/02/2018 Assinatura Joana Luiz do Nascimento

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

☐ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DMSVÍTIMA CICERO ROSAS SILVADATA DO ACIDENTE 10/10/2018 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 092.229.074-98

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 17 ANOS

☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)☐ Certidão de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).☐ Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoradpvt.com.br ou ligue gratis

SAC DPVAT 0800 022 1204.

Todos os documentos devem estar legíveis

☐ DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário☐ Laudo de Invalidação do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência da lesão permanente, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)☐ CPF da vítima (cópia simples)☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)☐ DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DMS☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)☐ CPF da vítima (cópia simples)☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)☐ Assinatura



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, FLÁVIA SOPAZLY RODRIGUES SILVA

RG nº 3144997, data de expedição 18/08/03

Órgão SSP/PB, CPF nº 081.040.044-84

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 PROFESSOR LUCIANO ALVES</u>
Número	<u>110</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>NORDESTE II</u>
Cidade	<u>GUARABIRA</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58200-000</u>
Tel. de contato	<u>3271-6328</u>
E-mail	<u>flaviasopazlyrodrigues@yahoo.com.br</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Guarabira 05/02/2019

Flávia Sopazly Rodrigues Silva
Assinatura do Declarante



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.123.054/0001-57PARA CONTATO COM A CAGEPA
PREENHA ESTE FORMULÁRIO

MATRÍCULA

22687408

REFERÊNCIA

JAN/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA SAIKTE R. DA SILVA
RUA LUCIANO ALVARES, 110 - NORDESTE GUARABIRA PB
58200-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outro	
053.015.170.0227.000	000	1	0	0	0	
Hidrometro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A00X080155	24/03/2001	INTERNO	LIGADO	LIGADO		
ANTERIOR : ATUAL CONSUMO (M3) NUM. DE DIAS PROXIMA LEITURA						
1686		1686	6	29	24/02/2019	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
DEZ/2018	6	30	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
NOV/2018	6	30	TURBIDEZ	13	58	58
OUT/2018	6	30	CLORO	04	79	79
SET/2018	6	30	COL. TERMOT	0	0	0
AGO/2018	6	30	COR	13	62	62
JUL/2018	6	30	COL. TOTAIS	04	66	65
MEDIA(ND)			DADOS REFERENTES A: NOV/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 25/01/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 09:43:46

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	6 M3	37,91
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ESGOTO	6 M3	30,33

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 08/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 68,24



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: MEDIA DO HIDROMETE TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRANSAPARENCIA.PB.GOV.BR *****CAGEPA**
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
22687408	JAN/2019	08/02/2019	R\$ 68,24

476888888888 2 68240010053 6 02268740801 7 01201960003 5 -



SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E FINANÇAS

FLAVIA SONALLY RODRIGUES SILVA

DOC. IDENTIFIC. / CPF INSCRIÇÃO
3144227 SSP

CPF 081.040.044-04 Data Nascimento 05/09/1988

Função FLAVIANO LUIZ DA SILVA

MARIA SALETE RODRIGUES SILVA

RENTEIRO 04915170411

VALIDADE 26/10/2022

FINANCIAMENTO 06/04/2010

ASSINATURA DO PORTADOR

GUARABIRA, PE 07/11/2017

42901001708
72033629860

PARAIBA





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **081.040.044-84**

Nome: **FLAVIA SONALLY RODRIGUES SILVA**

Data de Nascimento: **05/09/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **10/03/2006**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:39:07** do dia **05/02/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **13F6.D8CE.B472.F939**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

05/02/2019 09:39





TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL: 18.064.797-5
AV. PRES. EPITÁCIO PESSOA, 860 - JOÃO PESSOA - PB CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

PAG.: 1/4



NELSON DAVI XAVIER
AV. NAPOLEÃO LAUREANO, 183
CENTRO
58200-000 GUARABIRA-PB

ESCRITÓRIO DE NELSON

Referência

JANEIRO /2019

Telefone

(83) 3271-6328

Vencimento

07/02/2019

Total a pagar

R\$ 81,61

Resumo da sua fatura



OI FIXO

R\$ 73,83

OI FIXO
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL

73,83



EXCEDENTES, OUTROS SERVIÇOS E TAXAS

R\$ 7,78

LIGAÇÕES FIXO-FIXO

7,78

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxx-xxxx.
Mais informações em oi.com.br/9digito.

CODIGO MINHA OI
101100314917

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.



TELEMAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0012-21 - INSC. ESTADUAL:
18.064.797-5
AV. PRES. EPITÁCIO PESSOA, 860 - JOÃO PESSOA - PB
CEP: 58040-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

NELSON DAVI XAVIER
TELEFONE/CONTRATO: 32716328 CJ 0 SU 3
CONTA 01/2019 LOCAL 3263 DV 7

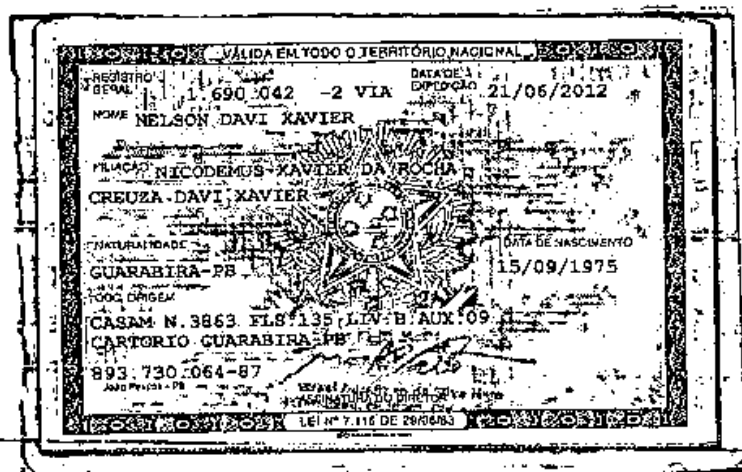
CODIGO MINHA OI
101100314917

www.oi.com.br/MinhaOi

Cadastre-se na minha OI e consulte saldo, conta detalhada, histórico de consumo e muito mais.

FATURA N.: 1100538839717
VENCIMENTO: 07/02/2019
VALOR A PAGAR R\$ 81,61
CÓDIGO PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 101100314917







Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **893.730.064-87**

Nome: **NELSON DAVI XAVIER**

Data de Nascimento: **15/09/1975**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **19/05/1992**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:26:36** do dia **05/02/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **65E3.908C.D36A.AFC2**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

05/02/2019 09:27



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431969/18

Número do Sinistro: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

CPF: 092.229.074-18

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO ROSAS SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Lauda do IML - Necropsia

Outros

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/03/2019
Nome: JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF: 018.396.894-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Elen Tais Alves Pereira



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COLÉTORIA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

VITIMA CICERO ROSAS SIQUEIRA

DATA DO ACIDENTE 13/03/2019 POSSUI CPF () SIM () NÃO Nº CPF 09222907413

- () Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples) ou declaração de residência (original).

NECESSÁRIOS PARA ACOMPANHAR

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoradpvt.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (medicamentos e materiais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os respectivos recibos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - cópia autenticada () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)
- () Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)
- () Prova de convivência em comum no IML, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Atividade Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- () Prova de convivência em comum no IML, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal (AS)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)
- () Declaração de Cônjuge que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETOS (A)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (TIAVÔ, TIOVÔ, TIO (A) DO SOBRINHO(A))
- () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos solicitados:

RECEBIDO

18 MAR 2019

Seguradora Líder DPVAT

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: STANISLAU LUIS DO NASCIMENTO

Período da documentação (mês): 12 Meses

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: 08222907413

Assinatura: Stenislau Luis do Nascimento

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): AC GUARABUÇA/PSB

Assinatura: Suelio Moreira Torres

Data: 14/03/2019 Assinatura: AC GUARABUÇA/PSB

24/03/2019



VÍTIMA CICERO ROSAS SIQUEIRA
COBERTURA Morte
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO
PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA LIDER
DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 01839689480

Posição em 14-03-2019 08:13:19

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovação de ato declaratório	Vitima	Não Conforme	

14/03/2019 08:14





CAVIDADE CRANIANA: Feita uma incisão bi-mastoidea, rebatido o escalpo, foi constatado hematoma subgalcal anterior. Abóbada craniana: fratura fronto-temporal direita. Retirada a calota craniana, o(a) perito(a) observou hematoma subdural. Removida a dura-máter, a base do crânio apresenta-se fraturada em seus andares anteriores e médios bilateralmente. CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: não foi procedida a abertura da cavidade tóraco-abdominal devido à ausência de lesões externas e devido às evidências da causa da morte se concentrarem em outros segmentos corporais, sendo estas suficientes para a formação da convicção da *causa mortis*.

III - EXAMES COMPLEMENTARES

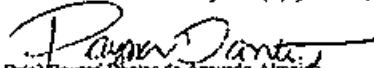
Procedida a coleta de amostra de sangue para realização de exame pericial de quantificação de etanol no sangue, conforme determina o art. 11 da resolução CONTRAN Nº 432 DE 23/01/2013.

Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa o(a) perito(a) a responder aos quesitos:

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM.
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? POLITRAUMATISMO.
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 4 - SE 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 com versos em branco e assinado pelo(a) perito(a) anteriormente nomeado(a).


Dr(a) Rayssa Dantas de Azevedo Almeida
Perito Oficial Médico-Legal
Mat:168.223-7 CRM 7058/PB



constatado
a nota



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADAVER

DADOS DA OCORRÊNCIA

ORIGEM DO CADAVER

- ☒ LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICIAADO
☐ LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICIAADO
☐ SVO / UNIDADE DE SAÚDE

ARMA UTILIZADA

- ☐ ARMA DE FOGO
☐ ARMA BRANCA
☒ OUTROS OBJETOS

DATA

16/11/2017

HORA

10:00

LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA
(rua, avenida, rodovia, etc.)

Via 500

LOGRADOURO (rua, avenida, rodovia, etc.)

Rua 500

NÚMERO

COMPLEMENTO (APTO, SALA, ANDAR, ETC.)

BAIRRO

LOCALIDADE / COMUNIDADE

MUNICÍPIO / UF

João Pessoa / PB

PONTO DE REFERÊNCIA

rua 500

LATITUDE

6°52'1.35"S

LONGITUDE

-5°30'16.8"W

DADOS DA VÍTIMA

NOME

Vitor Hugo

APELIDO

MÃE

Lucia

SEXO ☒ MASCULINO ☐ FEMININO
☐ IGNORADO

DATA NASCIMENTO

05/12/1987

IDADE APARENTE

29 anos

IDENTIDADE

165376

CPF

COR DA PELE / ETNIA

☐ PRETA ☒ PARDA ☐ BRANCA ☐ AMARELA ☐ INDÍGENA

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

16/11/2017

MATRICULA Nº

24603

ORGÃO

- ☐ GRECRIM / NUCRIM ☐ PC
☐ UNIDADE DE SAÚDE ☐ SVO
☐ OUTRO

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME)

RAFAEL V. BARBOSA

MATRICULA Nº

135768-9

[Assinatura]

ASSINATURA

CORPO ENCAMINHADO PARA

- ☐ GEMOL
☒ NUMOL



ESTADO DA PARAÍBA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

Nº: 20180642

NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DE CADAVER

13.05.2018 10:00

- ☒ Elemento dentário extraído
☒ Elemento dentário extraído (análise com caracterização específica post mortem)
☐ Corte gita do ponto fixo
☒ Ponto fixo
☐ Imprimão
☐ Segmento com dente devido a não ter sido apresentado o crânio
☐ Elemento dentário lido
☐ Elemento dentário com material dentário metálico dorado
☐ Restauração dental com material dentário metálico (compósito)
☐ Restauração dental com material dentário metálico (amalgama)
☐ Restauração dental com material não identificado por impressão
☐ Restauração dental com material dentário metálico
☐ Corte
☐ Ponto radicular

Legenda da representação gráfica (odontograma) adaptada do padrão Interpol reconhecida e partir do exame dos elementos dentários realizados no necropsócio odontológico. A codificação dos ELEMENTOS DENTÁRIOS ESTÁ DE ACORDO EXCLUSIVAMENTE COM O PADRÃO FIEP.

Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

Dr. Rafael Araújo Barbosa de Almeida
Perito Oficial Odonto Legal
Mat: 168254-7 CRO 3378/PB

Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:33
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052616423167700000041531529>
Número do documento: 21052616423167700000041531529

Num. 43672405 - Pág. 34

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431969/18

Número do Sinistro: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

CPF: 092.229.074-18

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/10/2018

Titular do CPF: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Laudo do IML - Necropsia

Outros

Outros



ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/07/2019
Nome: JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF: 018.396.894-80

JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/07/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

Alexandre Tavares Belfort



Consulta processo - Tribunal X - PN 0007873-93.2017.8.15.018 X +
se-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?pid=C00C0D9SpOpBR0KAR5AOzR7HJ0Oce70m5z0G5kel
prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180562126 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CICERO ROSAS SIQUEIRA
COBERTURA Morte
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO SEGURADORA
LÍDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS
BENEFICIÁRIO JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 01839689480

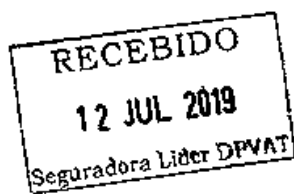
Posição em 09-07-2019 08:58:48

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à Indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nota
-----------	------	--------	------

→ Comprovação de ato declaratório Vitima Pendente

et465g_620f2000_1e4c_43ab_0053_cdb621995ent\$bonConsulta', '', true, 'GrpOPF', '', false, true);
PCN 48819
09/07/2019





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: CICERO ROSAS S. QUEIRA

Data do Acidente: 09/07/2013 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 092229074-18

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receiptários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☒ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 018396894-80

E-mail: joana.luis@seguradoralider.com.br Tel: 83 98188-3607

Data: 10/07/2013 Assinatura: Joana Luis do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): AC GUARABIRA/PA

Atendente: João Rivelino Benício Mendes

Ag. de Correios/Ag. de Correios: AC Guarabira - Tel. 8.877.787-7

Data: 10/07/2013 Assinatura: João Rivelino Benício Mendes



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052616423167700000041531529>

Número do documento: 21052616423167700000041531529

Alan Oliveira

De: Projeto Correio
Enviado em: quinta-feira, 25 de julho de 2019 14:25
Para: Alan Oliveira
Assunto: ENC: Recepcionar documentação no SIS DPVAT -CICERO ROSAS SIQUEIRA-3180562126

Alan,
Favor imprimir o documento do sis e atender o pedido abaixo.

Atenciosamente,
Cristina Alves
Canal Correios
E-mail : Cristina.alves@seguradoralider.com.br
Tel. 55 21 3861-4600 Ramal 4364



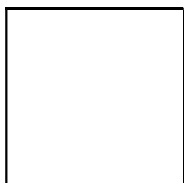
www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 20º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

De: Danielle Barros Leite <danielle.barros@excelsiorseguros.com.br>
Enviada em: quinta-feira, 25 de julho de 2019 09:24
Para: Projeto Correio <projeto.correio@seguradoralider.com.br>
Cc: Gabriella Maria de Abreu Machado <gabriella.abreu@excelsiorseguros.com.br>
Assunto: Recepcionar documentação no SIS DPVAT -CICERO ROSAS SIQUEIRA-3180562126

Bom dia,

Solicitamos recepcionar Laudo do IML -Necrópsia na aba comprovação de ato declaratório.

Att.



Danielle Barros Leite
Assistente DPVAT
Regulação DPVAT
danielle.barros@excelsiorseguros.com.br
+55 (81) 3087-9200 / +55
<http://www.excelsiorseguros.com.br>

Confidencialidade

Esta mensagem é de cunho confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Cia Excelsior de Seguros, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes envolvidas. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente e descartar este e-mail.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0431969/18

Número do Sinistro: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

CPF: 092.229.074-18

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 10/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CICERO ROSAS SIQUEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Lauda do IML - Necropsia

Outros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/03/2019
Nome: JOANA LUIS DO NASCIMENTO
CPF: 018.396.894-80

JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/03/2019
Nome: Elen Tais Alves Pereira
CPF: 126.261.667-07

Elen Tais Alves Pereira



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/08/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	13.500,00
--------------	-----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOANA LUIS DO NASCIMENTO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01455-9

CONTA: 000000009744-6

Nr. da Autenticação 82F33E03A5FEF28E





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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180562126

CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANA LUIS DO NASCIMENTO

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

Declaração de únicos herdeiros incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01003/01004 - carta_03 - MORTE

00050502



Carta nº 13700075





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

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOANA LUIS DO NASCIMENTO

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. 00633/00634 - carta_01 - MORTE



Carta nº 13700697





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

Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANA LUIS DO NASCIMENTO

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

Declaração de únicos herdeiros incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00513/00514 - carta_03 - MORTE

00050257



Carta nº 13746190





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

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANA LUIS DO NASCIMENTO

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

Declaração de únicos herdeiros incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00151/00152 - carta_03 - MORTE

00020076



Carta nº 13862987





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

Rio de Janeiro, 28 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANA LUIS DO NASCIMENTO

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

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00269/00270 - carta_03 - MORTE

00060135



Carta nº 14010323





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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOANA LUIS DO NASCIMENTO

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

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00749/00750 - carta_03 - MORTE

00060375



Carta nº 14167100





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

Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01695/01696 - carta_25 - MORTE





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

Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180562126

Vítima: CICERO ROSAS SIQUEIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOANA LUIS DO NASCIMENTO

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

Recebedor: JOANA LUIS DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 13.500,00

Banco: 1

Agência: 000001455-9

Conta: 000009744-6

Tipo: CONTA CORRENTE

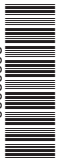
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00725/00726 - carta_29 - MORTE

00030363





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

09222907418

Nome completo da vítima

CICERO ROSAS SIQUEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOANA LUIS DO NASCIMENTO		CPF titular da conta	01839689480	Profissão	AGRICULTORA	
Endereço	AV. OLIVIO MAROJA		Número	S/N	Complemento		
Bairro	CENTRO	Cidade	ARACAGI	Estado	PARAIBA	CEP	58270-000
Email					Telefone (DDD)	185	98110-6091

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS



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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO

AGÊNCIA NRO D/V CONTA NRO D/V

0042 63310 1

(Informar dígito se existir)

AGÊNCIA NRO D/V CONTA NRO D/V

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GUARABIRA, 23 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Joana Luis do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052616423360200000041531533>
Número do documento: 21052616423360200000041531533

Num. 43672409 - Pág. 10

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Após
302-358834398-0
29/OUT/2018 HORA DE 15:12:
LOT. 13.018069-0 TERM 04094
LOCALIDADE: ARACAGI
AG. VINCULADA: 0042 CONTROLE: 302403838
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL
NOME: JOANA LUIS DO NASCIMENTO
AGÊNCIA: 0042
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 000.000.053.310-1
DATA DA ABERTURA: 29/10/2018
LOTERIAS CAIXA
302-358834398-0
1ª VIA

ASL-0431969/18
kelly.sousa
09/08/2019 18:12:28

ASL-0431969/18
kelly.sousa
09/08/2019 18:12:28

ASL-0431969/18
kelly.sousa
09/08/2019 18:12:28

ASL-0431969/18
kelly.sousa
09/08/2019 18:12:28

ASL-0431969/18
kelly.sousa
09/08/2019 18:12:28





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

09222907418

Nome completo da vítima

CICERO ROSAS SIQUEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOANA LUIS DO NASCIMENTO	CPF titular da conta 01839689480	Profissão AGRICULTOR
Endereço AV. OLIVIO MAROJA	Número S/N	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade ARACAGI	Estado PARAIBA
Email	CEP 58270-000	Telefone (DDD) (85) 98110-6091

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS



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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº. **0042**

D/V

CONTA

Nº. **63310**

D/V

7

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº.

D/V

CONTA

Nº.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GUARABIRA, 23 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Joana Luis do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052616423360200000041531533>
Número do documento: 21052616423360200000041531533

Num. 43672409 - Pág. 12

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

302-358834398-0

29/OUT/2018 HORA DE 15:12

LOT. 13.018889-0 TERM 04694

LOCALIDADE: ARACATI

AB. VINCULADA: 0042 COMPROV: 30240333

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPI CAIXA FACIL

NOME: JOANA LUIS DO NASCIMENTO

AGÊNCIA: 0042

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.063.310-1

DATA DA ABERTURA: 29/10/2018

LOTERIAS CAIXA

302-358834398-0

1ª VIA





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

09222907418

Nome completo da vítima

CICERO ROSAS SIQUEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOANA LUIS DO NASCIMENTO	CPF titular da conta 01839689480	Profissão AGRICULTOR
Endereço AV. OLIVIO MAROJA	Número S/N	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade ARACAGI	Estado PARAIBA
Email	CEP 58270-000	Telefone (DDD) (85) 98110-6091

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Autorização de pagamento

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS



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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

Nº: **0042**

D/V

CONTA

Nº: **63310**

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

GUARABIRA, 23 de NOVEMBRO de 2018

Local e Data

Joana Luis do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:34
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052616423360200000041531533>
Número do documento: 21052616423360200000041531533

Num. 43672409 - Pág. 14

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

302-358834398-0

29/OUT/2018 HORA DE 15:12

LOT. 13.018889-0 TERM 04694

LOCALIDADE: ARACAJI

AB. VINCULADA: 0042 COMPROV: 30240333

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPI CAIXA FACIL

NOME: JOANA LUIS DO NASCIMENTO

AGÊNCIA: 0042

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.063.310-1

DATA DA ABERTURA: 29/10/2018

LOTERIAS CAIXA

302-358834398-0

1ª VIA





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Boletim de ocorrência

Livro nº 003/2018
Ocorrência nº. 412/2018



MORTE

Aos VINTE E UM dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FÉLIX RIBEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 15h:06min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

JOANA LUIS DO NASCIMENTO, conhecido(a) por **JOANA**, Identidade nº 3.131.695 2ª Via-SSP/PB, CPF nº 018.396.894-80, nacionalidade brasileira, estado civil: viúva, profissão: agricultora, filho(a) de Luis José Do Nascimento E Maria Soares De Oliveira, natural de Araçagi/PB, nascido(a) em 03/05/1948 (70 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Av. Olívio Maroja, S/N, Centro, tendo como ponto de referência: Proximo aos Correios, na cidade de ARAÇAGI/PB, fone(s) para contato: (83) 982127657.

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

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 10 de outubro de 2018;
- 3) **Horário do fato:** 17h:30min;
- 4) **Local do fato:** Rodovia PB 075;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Prejudicado;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** PREJUDICADO;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** Prejudicado;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com suas obrigações tributárias?** PREJUDICADO

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

- 01 - MOTOCICLETA HONDA/PCX 150, ANO/MODELO 2015, COR PRETA, PLACA QFT 3174/PB, CHASSI 9C2KF1710FR812130, EM NOME DE MARIA DA PENHA FERREIRA DA SILVA;
- 02 - CORSA SEDRAN PRÊMIO, PLACA MOC 0494;

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

- 01 - **JOSÉ JOSIVAN FERREIRA DE OLIVEIRA**, residente a Rua Santa Paula Fracinete, nº 226, Bairro Santo Antônio, Cuité/PB;
- 02 - **VERIDIANA ROSAS SIQUEIRA**, residente Sítio Mulunguzinho, s/n, zona rural de Araçagi/PB

8) Breve resumo do fato:

QUE a noticiante afirma que no dia 10 de outubro do corrente ano, na rodovia PB 075, que liga as cidades de Guarabira a Cuité, nas proximidades do Motel Passione o seu filho CÍCERO ROSAS SIQUEIRA, portador do RG 3.109.940 e do CPF 092.229.074-18, filho de Severino Rosas Siqueira e da noticiante, natural de Araçagi/PB, nascido em 11/12/1987, pilotava a motocicleta 01, quando foi levar um animal que estava na pista, invadiu a contra-mão e colidiu de forma frontal com o veículo 02 e veio a óbito no local; QUE a noticiante fez juntar ao Boletim de Ocorrência a Certidão de Óbito do seu filho.

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

Joana Luis do Nascimento
Comunicante

Vítima

ã(o)/Agente Matrícula nº 168.591-1

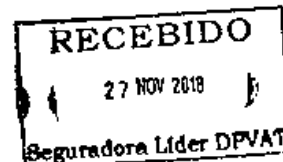


TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
R. N.º 43 - Centro - Guarabira - PB. CEP: 56200-000 - Fone: (83) 3311-5522

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 22/11/2018 08:06:23

Romero Fernandes Costa Filho - Escrevente
[2018-009347] EMBL: R\$ 2,37 FAPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 0,40 FES: R\$ 0,12
CPL 01 DIRETA - 44051620-0000

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



Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE GUARABIRA-PB

ANO: 2019

Registrado sob nº _____/2019

Livro tomo nº _____


DELEGADO DE POLICIA CIVIL


ESCRIVÃO

INQUÉRITO POLICIAL

AUTOR: JUSTIÇA PÚBLICA

INDICIADO: A ESCLARECER

VÍTIMA(S): CÍCERO ROSAS SIQUEIRA

INCIDÊNCIA PENAL: ART. 302 DO CÓDIGO DE TRANSITO
BRASILEIRO

AUTUAÇÃO

AOS VINTE DIAS DO MÊS DE OUTUBRO DO ANO DE DOIS MIL E
DEZOITO, NESTA CIDADE DE GUARABIRA/PB, ESTADO DA PARAÍBA,
EM CARTÓRIO POLICIAL, AUTUO UMA PORTARIA E DEMAIS
DOCUMENTOS QUE ADIANTE SEGUER, QUE PARA CONSTAR LAVRO
O PRESENTE TERMO. EU, ESCRIVÃO QUE O DIGITEI.





**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
8ª SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
1ª DELEGACIA DISTRITAL DE GUARABIRA-PB.**

P O R T A R I A

O Bel. JOSINALDO FÉLIX RIBEIRO, Delegado de Polícia Civil desta cidade de Guarabira-PB, no uso das atribuições que lhe são conferidas pelos art, 4º e 5º, inciso I, do CPP, e

CONSIDERANDO: Ter chegado ao conhecimento da autoridade competente nesta DEPOL de Guarabira-PB, através de ofício nº 1017/2018, oriundo da 8ª DSPC, referente a acidente de trânsito com vítima fatal, ocorrido na cidade de Guarabira-PB.

CONSIDERANDO:... Que, o fato em tela ocorreu na área Circunscriçional desta Delegacia de Polícia;

R E S O L V E: Instaurar o Inquérito Policial, devendo o Sr. Escrivão do presente feito, tomar as seguintes providências;

01- Intime-se familiares da vítima para prestar declarações sobre os fatos;

02-Intime-se testemunhas para comparecerem na delegacia para prestarem depoimentos;

02 - Após as diligências efetuadas, voltem-me conclusos os presentes autos;

C U M P R A - S E

Guarabira, 20 de outubro de 2018.

**JOSINALDO FÉLIX RIBEIRO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL**



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
8ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL

Ofício nº 1017/2018

Guarabira/PB, 11 de outubro de 2018

Ao Exmo. Senhor

DPC JOSINALDO FÉLIX RIBEIRO

Delegado Titular da 1ª DD

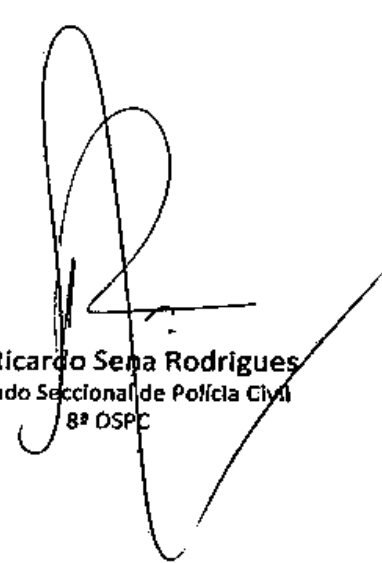
GUARABIRA/PB

Referência: Ofício nº 1174/2018-Delegacia Plantonista de Guarabira-Pb

Senhor Delegado,

Encaminho a Vossa Excelência, ofício em epígrafe, oriundo do DPC Eraldo Vieira Barbosa, no qual encaminha Requisição de Exame Cadavérico, tendo como vítima CÍCERO ROSAS SIQUEIRA, referente a um acidente automobilístico, bem como Requisição de Exame de Levantamento de Local de Acidente com Morte Violenta, e cópia do RG e CPF da vítima, para adoção das medidas cabíveis.

Atenciosamente,


DPC Ricardo Sena Rodrigues
Delegado Seccional de Polícia Civil
8ª DSPC





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
9ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
DELEGACIA PLANTONISTA DE GUARABIRA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



OFICIO Nº 1174/2018

GUARABIRA, 10 DE OUTUBRO DE 2018

**DO: DELEGADO DE POLICIA CIVIL
BEL. ERALDO VIEIRA BARBOSA**

**AO: DELEGADO DA 8ª DELEGACIA SECCIONAL
GUARABIRA-PB.**

SENHOR DELEGADO:

Encaminho a Vossa Excelência requisição de Exame Cadavérico que consta como vítima CICERO ROSAS SIQUEIRA, o qual foi vítima de acidente automobilístico, fato ocorrido na Rodovia PB/075, desta circunscrição policial, bem como requisição de Exame de levantamento de local de acidente, para as providências que se fizerem necessárias.

Respeitosamente:


**ERALDO VIEIRA BARBOSA
DELEGADO DE POLICIA CIVIL**

C:\DELEGADO_ILAMILTO\Exames_de_Corpo_Deito\Embrilhoes





Ofício Nº 1173/2018

GUARABIRA/PB, 10 de outubro de 2018

A Sua Senhoria o(a) Senhor(a)
Gerente do(a) NUCLEO de Medicina e Odontologia Legal
IPC/PB - GUARABIRA

Assunto: Requisição de EXAME LEVANTAMENTO DE LOCAL DE ACIDENTE COM MORTE VIOLENTA

Senhor(a) Gerente,

1. Requisito a realização de EXAME LEVANTAMENTO DE LOCAL DE ACIDENTE COM MORTE VIOLENTA, no(a-s) abaixo descrito(a)/qualificado(a), devendo o LAUDO ser encaminhado no prazo legal de 10 dias (CPP, art. 160, p. único):

CICERO ROSAS SIQUEIRA, conhecido(a) por **CICERO**, Identidade nº 3109940-SSP/PB, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: mecânico, filho(a) de Severino Rosas Siqueira E De Joana Luis Do Nascimento, natural de Araçagi/PB nascido(a) em 11/12/1987 (anos de idade), sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) RUA DO PERU, 22, BAIRRO DAS NAÇÕES, tendo como ponto de referência: , na cidade de GUARABIRA-PB, fone(s) para contato: .

2.

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

Que por volta das 17:30 horas, a vítima, CICERO ROSAS SIQUEIRA, seguia pela Rodovia PB/075, próximo ao Motel Pacione, ocasião em que colidiu com um veículo; Que a vítima acima referida faleceu no local do sinistro.

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

Atenciosamente,


ERALDO VIEIRA BARBOSA
Delegado(a) de Polícia Civil
Mat. 135.768-9

Recebi em
10/10/2018
Rafael
MAT. 135.732-8

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:34



Ofício Nº 1172/2018

Guarabira/PB, quarta-feira, 10 de outubro de 2018

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

Assunto: Requisição de EXAME DE CADAVERÍCO

Senhor(a) Gerente,

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

CICERO ROSAS SIQUEIRA, conhecido(a) por **CICERO**, Identidade nº 3109940-SSP/PB, CPF nº , nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: mecanico, filho(a) de Severino Rosas Siqueira E De Joana Luis Do Nascimento, natural de Araçagi/PB nascido(a) em 11/12/1967 (anos de idade), sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) RUA DO PERU, 22, BAIRRO DAS NAÇÕES, tendo como ponto de referência: , na cidade de GUARABIRA-PB, fone(s) para contato: .

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

Que por volta das 17:30 horas, a vítima, **CICERO ROSAS SIQUEIRA**, seguia pela Rodovia PB/075, próximo ao Motel Pacione, ocasião em que colidiu com um veículo; Que a vítima acima referida faleceu no local do sinistro.

O Laudo deverá ser encaminhado à delegacia de Guarabira-PB.

Atenciosamente,


ERALDO VIEIRA BARBOSA
Delegado(a) de Polícia Civil
Mat. 135.768-9

RECEBI em
10/10/2018
MAT. 135.732-8

Modelo_004_004_004_004_004_004





GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

LAUDO CADAVERÍCO

Laudo nº 03.01.01.102018.22681

CICERO ROSAS SIQUEIRA

Órgão requisitante: DP de Guarabira/PB
Dr(a): Eraldo Vieira Barbosa

Remeter para:
Ilmo(a) Senhor(a).
Dr(a) Delegado Titular
DP de Guarabira/PB





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

Cicero Rosas Siqueira

CPF

092.229.074-18

MATRÍCULA:

0725610155 2018 4 00024 262 0018297 16

SEXO masculino	COR	ESTADO CIVIL E IDADE solteiro, 30 anos
NATURALIDADE Araçagi-PB	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG nº: 3109940 SSP-PB	ELEITOR SIM - Nº 036742131295, Zona: 10

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Severino Rosas Siqueira e Joana Luis do Nascimento, Residência Rua Peru, 22 B. Nações, no município de Guarabira-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

dez. de outubro de dois mil e dezoito - 17:30

DIA MÊS ANO
10 10 2018

LOCAL DO FALECIMENTO

PB 075 - Guarabira

CAUSA DA MORTE

Poitrtraumatismo - Colisão moto - carro.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemiterio São Sebastião em Araçagi-PB

DECLARANTE

Joana Luis do Nascimento

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Doutor Rayner Dantas de Azevedo Almeida - CRM: 7058

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 15/10/2018, no Livro C-00024, Nº 18297, folha 262. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 254659160. O extinto não deixa filhos nem bens. Era eleitor.



TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - TITULO
Rua Dom Pedro II, nº 45 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 58200-000. Fone: (81) 3311-1467

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original apresentado. Es testecunho da verdade.
Guarabira-PB 22/11/2018 08:06:25
Romero Fernandes Costa Filho - Escrevente
[2018-009346] ENCL:RS 2,37 FAPEN:RS-0,28 FEPJ:RS 0,41 FES:RS 0,12
SELO DIGITAL: 464051619-TROF
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

RVIC REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - Paraíba
Sebastiana P. da Costa e Souza
TITULAR
Flávio da Costa e Souza
SUBSTITUTO
Moria de Fátima P. da Costa
ESCREVENTE

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

Rua Osório da Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5820000 Fone:
32711339 E-mail: rcpn.evandrocosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Guarabira-PB, 17 de outubro de 2018.

Sebastiana Pereira da Costa e Souza
Oficiária do Registro Civil

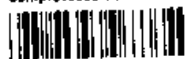
Selo Digital: AHG97739-0HMH

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





Comprovação de ato declaratório

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Óbito

NOME:

Cicero Rosas Siqueira

CPF

092.229.074-18

MATRÍCULA:

0725610155 2018 4 00024 262 0018297 16

SEXO

masculino

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, 30 anos

NATURALIDADE

Araçagi-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG nº 3109940 SSP-PB

ELETOR

SIM - Nº 036742131295, Zona: 10

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Soverino Rosas Siqueira e Joana Luis do Nascimento. Residência: Rua Peru, 22 B, Nações, no município de Guarabira-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

dez de outubro de dois mil e dezoito - 17:30

DIA

10

MÊS

10

ANO

2018

LOCAL DO FALECIMENTO

PB075 - Guarabira

CAUSA DA MORTE

Politraumatismo - Colisão moto-carro.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério São Sebastião em Araçagi-PB

DECLARANTE

Joana Luis do Nascimento

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Doutor Rayner Dantas de Azevedo Almeida - CRM: 7058

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

2ª VIA. Registro lavrado em 15/10/2018, no Livro C-00024, Nº 18297, folha 262. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 2546591GQ. O extinto não deixa filhos nem bens. Era eleitor.

TOSCANO DE SALES - SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDEN TOSCANO DE SALES - TITULAR
Rua Dom Pedro II, nº 43 - Centro - Guarabira - PB, CEP: 56200-000 Fone: (31) 3341-1751SERVIÇO REGISTRAL DE PESSOAS NATURAIS
Guarabira - ParaíbaAutentico a presente cópia, reprodução fiel do original
apresentado, em testemunho da verdade.
Guarabira-PB 22/11/2018 08:06:25

Romero Fernandes Costa Filho - Escrivente

[2018-009346] END: RA 2.37 FARPEN: RA 0.28 FEPI: RA 0.41

SELO DIGITAL: A4H51619-TR0F

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

Sebastiana P. da Costa e Souza

TITULAR

Flávio da Costa e Souza

SUBSTITUTO

Márcia de Fátima P. da Costa

ESCRIVENTE

Cartório do Registro Civil - Evanildo da Costa

Sebastiana Pereira da Costa e Souza

Guarabira-PB

Rua Osório da Aquino, 131, centro Guarabira-PB - CEP 5620000 Fone:
32711339 E-mail: romero.evandrocosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dia 18.

Guarabira-PB, 17 de outubro de 2018.

Sebastiana Pereira da Costa e Souza
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: AHG97739-0HMH

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

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:34

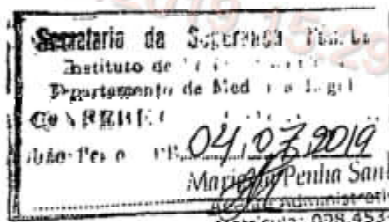
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052616423360200000041531533>

Número do documento: 21052616423360200000041531533

Num. 43672409 - Pág. 25



GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL



C: 530018 Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

LAUDO TANATOSCÓPICO

Dra. Cristiane Helena da Silva B. Freire, Gerente executivo / João Pessoa atendendo a solicitação expedida da(o) DP de Guarabira/PB de nº 1172/2018 datada de: 10/10/2018, designou um(a) Perito(a) Oficial Médico-Legal para proceder o exame cadavérico no corpo que nos foi apresentado como sendo de: CICERO ROSAS SIQUEIRA, Nacionalidade: Brasileira, Estado civil: Solteiro(a), 50 anos, natural de: Araçagi/PB, sexo: Masculino, Raça/cor: pardo; filho/a de: Severino Rosas Siqueira e Joana Luis do Nascimento, residente na Rua do peru, 22, Bairro das Nações, Guarabira/PB, descrevendo com verdade, e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar e, bem assim responder aos quesitos no final formulados.

Histórico: Consta em requisição de exame cadavérico emitida por delegado de polícia os seguintes termos, *in verbis*, que "Que por volta das 17:30 horas, a vítima, CICERO ROSAS SIQUEIRA, seguia pela Rodovia PB-075, próximo ao motel Pacione, ocasião em que colidiu com um veículo; Que a vítima acima referida faleceu no local do sinistro."

Exame realizado em: 11/10/2018 às 10:00h.

I - INSPEÇÃO EXTERNA:

Cadáver de sexo masculino, de cor parda, de complexão física normolínea, apresentando regular estado de nutrição e de conservação, trajando calça cinza, camisa rosa, cueca vermelha, está em rigidez cadavérica e mostra livores violáceos de hipóstase em dorso, estando o cadáver em regulares condições de análise. O couro cabeludo dá implantação a cabelos pretos e curtos. Das narinas surge sangue. Exame Odonto Legal em anexo. Face: afundamento craniofacial, com ferida contusa aberta frontal (3,5 cm) e em lábio inferior; apresenta ainda escoriação em placa em linha média da região mentual, além de outra escoriação no dorso nasal. O pescoço não permite a execução de movimentos anormais. Tórax: escoriações em região esternal. Abdômen: escoriações em abdome inferior e crista ilíaca antero-superior esquerda. Genitália externa: masculina. Membros superiores: escoriações em axila esquerda e membro superior esquerdo. Membros inferiores: ferida contusa aberta em região inguinal esquerda, medindo cerca de 15 cm de extensão, terço distal de face anterior de coxa esquerda, medindo cerca de 8 cm de extensão, e face medial de terço médio de perna direita, medindo cerca de 10 cm de extensão; deformidade e crepitação de bacia, compatível com fratura; deformidade e encurtamento de perna direita, compatível com fratura; escoriações em face anterior de joelho esquerdo, face medial de perna esquerda, face medial de coxa direita, axila esquerda, antepé esquerdo e maléolo medial esquerdo, deformidade e encurtamento de coxa direita, compatível com fratura de fêmur.

II - INSPEÇÃO INTERNA:

Perito Oficial Médico-Legal
CRM: 7058/PB Mat. 168.223



CAVIDADE CRANIANA: Feita uma incisão bi-mastoidea, rebatido o escalpo, foi constatado: hematoma subgaleal anterior. Abóbada craniana: fratura fronto-temporal direita. Retirada a calota craniana, o(a) perito(a) observou hematoma subdural. Removida a dura-máter, a base do crânio apresenta-se fraturada em seus andares anteriores e médios bilateralmente. CAVIDADE TÓRACO-ABDOMINAL: não foi procedida a abertura da cavidade tóraco-abdominal devido à ausência de lesões externas e devido às evidências da causa da morte se concentrarem em outros segmentos corporais, sendo estas suficientes para a formação da convicção da *causa mortis*.

III - EXAMES COMPLEMENTARES

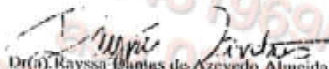
Procedida a coleta de amostra de sangue para realização de exame pericial de quantificação de etanol no sangue, conforme determina o art. 11 da resolução CONTRAN Nº 432 DE 23/01/2013.

Terminada a necropsia e após a reconstituição do cadáver, passa o(a) perito(a) a responder aos quesitos:

RESPOSTAS AOS QUESITOS:

- 1 - SE HOUVE MORTE? SIM.
- 2 - QUAL A CAUSA DA MORTE? POLITRAUMATISMO.
- 3 - QUAL O INSTRUMENTO OU MEIO QUE PRODUZIU A MORTE? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 4 - SE 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 com versos em branco e assinado pelo(a) perito(a) anteriormente nomeado(a).


Dr(a) Rayssa Plantas de Azevedo Almeida
Perito Oficial Médico-Legal
Mat: 168.223-7 CRM 7058/PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

C: 530018 Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

LAUDO TANATOSCÓPICO
Seção de Odontologia

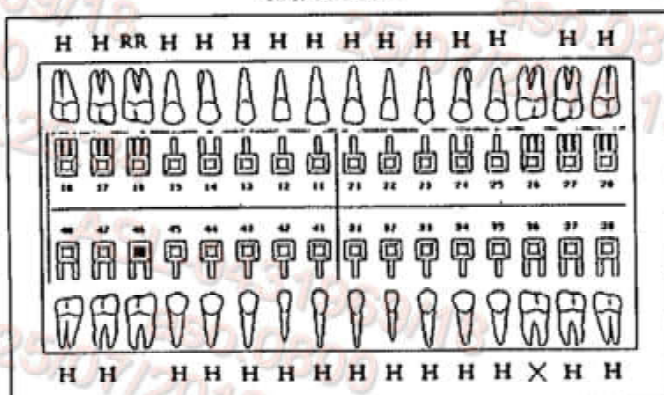
Data do exame: 11/10/2018 Hora do exame: 10:00

Órgão Requisitante: DP de Guarabira/PB. Nº da Solicitação: 1172/2018. Autoridade Solicitante: Eraldo Vieira Barbosa. Nome: CICERO ROSAS SIQUEIRA, 50 anos, filho de: Severino Rosas Siqueira e Joana Luis do Nascimento. Sexo: Masculino. Estado civil: Solteiro. Nacionalidade: Brasileira. Natural de: Araçagi/PB. Profissão: Mecânico.

DADOS CARACTERÍSTICOS:

Cor: Faioderma. Cabelos: Curtos, encaracolados e castanhos escuros. Rosto: Redondo. Sobrancelhas: Semirretas. Pálpebras: Fechadas. Íris: Castanho-claro. Pupilas: Midriáticas. Córneas: Opacas. Conjuntivas: Preservadas. Nariz: Mesorrino. Boca: Grande. Lábios: Grossos. Arco senil: Não. Barba: Rala. Bigode: Ralo. Sinais Particulares: não tem.

ODONTOGRAMA



LEGENDA

- | | |
|---|---|
| ○ Tratamento endodôntico | Restauração com material cerâmico |
| × Elemento dentário ausente | Restauração com material cerâmico estético (composto) |
| ○ Elemento dentário ausente e substituído por prótese | Restauração com material cerâmico (amalgama) |
| □ Dente por de porta fixa | Restauração com material não identificado (gesso) |
| ⊗ Pontico | Restauração com material cerâmico estético |
| ▽ Implante | Restauração com material cerâmico |
| — Segmento sem dados de identificação | Cárie |
| H Elemento dentário hígido | RR Resto radicular |

Legenda de representação gráfica (odontograma) adaptada do padrão Interpol confeccionada a partir do exame dos elementos dentários realizado na necropsia odontológica. A USUÁRIA DOS ELEMENTOS DENTÁRIOS ESTÁ DE ACORDO EXCLUSIVAMENTE COM O EXAME VISUAL.

Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

Drª Jaísa Araújo Barbosa de Almeida
Perito Oficial Odonto Legal
Mat: 168254-7 CRO 3378/PB

Página 1 de 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/05/2021 16:42:34

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052616423360200000041531533>

Número do documento: 21052616423360200000041531533

Num. 43672409 - Pág. 28

Particularidades em cada elemento dentário. Notação dentária preconizada pela FDI (Federação Dentária Internacional).

Secretaria da Segurança Pública
Instituto de Polícia Científica
Departamento de Saúde
Módulo de Exame Odontológico
Assinatura: 04.07.2019
15:29:34

DENTES SUPERIORES DIREITOS		DENTES SUPERIORES ESQUERDOS		DENTES INFERIORES ESQUERDOS		DENTES INFERIORES DIREITOS	
11	H	21	H	31	H	41	H
12	H	22	H	32	H	42	H
13	H	23	H	33	H	43	H
14	H	24	H	34	H	44	H
15	H	25	H	35	H	45	H
16	RAR	26	CA (Facies MO)	36	PAV	46	RA (Face O)
17	H	27	H	37	H	47	H
18	H	28	H	38	H	48	H

AORT – aparelho ortodôntico	AP – apinhamento	D – distal
BRA – bráquete	CA – cárie	I – incisal
CONT – contenção	DI – diastema	L – lingual
CP – coroa provisória	FRA – fratura	M – mesial
IMP – implante	GI – giroversão	O – Oclusal
PP – prótese provisória	H – dente hígido	P – palatino
PPR – prótese parcial removível	IN – incluso ou impactado	V – vestibular
PT – prótese total	LP – lesão periapical	
PU – prótese unitária (coroa)	PAV – perda antiga em vida	(I) – classe I
RA – restauração em amálgama	PRV – perda recente em vida	(II) – classe II
RC – resina composta	PPM – perda pós-morte	(III) – classe III
RMF – restauração metálica fundida	RAR – raiz residual	(IV) – classe IV
RP – restauração provisória	RER – rebordo remodelado	(V) – classe V
RTP – restauração termopolerizável	SUP – supranumerário	
TE – tratamento endodôntico		

DESCRIÇÃO DO EXAME:

O cadáver apresenta face em rigidez cadavérica e edema/equimose em pálpebra superior direita. Observa-se ferimento contuso localizado em linha média da região frontal, com formato de fenda e medindo 3,5cm em seu maior eixo, acompanhado de duas escoriações lineares adjacentes. Verifica-se uma escoriação do tipo placa, formato circular, localizado em linha média da região mental, além de outra escoriação no dorso nasal. Notam-se ferimentos contusos localizados no lábio inferior e equimose de coloração violácea no lábio superior. À palpação, nota-se mobilidade óssea anormal e crepitação compatível com fratura dos ossos: frontal, nasal, zigomático bilateralmente, maxila (entre os elementos dentários 11/21) e mandíbula (linha média). Ao exame intraoral, a mucosa apresenta-se pálida e íntegra. Os elementos dentários estão descritos no odontograma acima em regular estado de conservação. As demais estruturas do complexo bucomaxilofacial não apresentam lesões dignas de nota. Das narinas surge sangue, e dos condutos auditivos e boca não fluem qualquer tipo de secreção. Nada mais havendo a tratar, encerra-se esse laudo, escrito em duas páginas, devidamente rubricadas.

Laudo nº: 03.01.01.102018.22681

D^{ra} Jaísa Araújo Barbosa de Almeida
Perito Oficial Odonto Legal
Mat:168254-7 CRO 3378/PB

Jaísa Araújo B. de Almeida
Perito Oficial Odonto Legal
CRO: 3378/PB Mat: 168.254-7

Página 2 de 2



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Comprovante de residência



Eu, JOANA LUIS DO NASCIMENTO

RG nº 3131695, data de expedição 12/12/2013, Órgão SSDS,

CPF nº 01839689480, 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:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>AV. OLIVIO MAROJA</u>
Número	<u>51N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ARACATI</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58270-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98110-6091</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: GUARARIMA, 23/11/2018

Assinatura do Declarante: Joana Luis do Nascimento



TERCEROSAS SQUEIRA
AV. JOYMO MANSOUR, 501 - CENTRO
ARACAGI/ PB CEP: 55210-020 (AG: 33)

Emissão: 10/09/2018 Referência: Set / 2018

Classificação: RESIDENCIAL/ MONOFÁSICO B220, KVA 25 - Cód. Redentor: João Pessoa/ PB - CEP 55071-450
Rótulo 4 - 22 - 240 - 2002 - Nº medidor 99008118741

Energisa

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08.055.163/0001-40 Ins. Est. 15.015.902-0

Nota Fiscal e Carta de Energia Excluídas Nº 052.065.614
Cód. para DFT Automática: 90012791001

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima fatura	CPF/CNPJ/RAM
Set / 2018	10/09/2018	09/10/2018	922.290.741-8

UC (Unidade Consumidora): 5/1379106-6

Canal de contato

**CASA LOTÉRICA
ARACAGI DA SORTE
P A G O**

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/09/18	Data 10/09/18			
Lectura 8988	Lectura 9189			
Demonstrativo				
Quantidade Tarifada - Valor Base (R\$) - Valor Remetido (R\$) - Valor Cobrado (R\$) - Valor Pago (R\$) - Valor Restante (R\$)				
Tarifa de Uso - Valor Base (R\$) - Valor Remetido (R\$) - Valor Cobrado (R\$) - Valor Pago (R\$) - Valor Restante (R\$)				
001 Consumo em kWh	95,000 0,751110	73,82 25	10,40 75,82	0,59 2,70
002 Abs. E. Verificação	0,00	0,00 25	1,74 0,00	0,00 0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
000 CONTRIBUIÇÃO L.P. 15/2018	0,00	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
004 JUROS DE MORF (09/2018)	0,00	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
005 MULTA 09/2018	0,00	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00
006 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 08/2018	0,00	0,00 0	0,00 0,00	0,00 0,00

Código de Classificação de Dem. TOTALL 23,02 80,57 20,14 80,57 0,65 2,69

Média Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO 17/09/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 88,08
---------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

Histórico de Consumo (kWh)

73	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00
Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18								

8f7c.27eb.18f6.d487.5c85.87dd.13cc.563e.

Indicadores de Qualidade			Discriminação			Valor	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)				(R\$)	
CONTINUIDADE DE FORNECIMENTO	100%	220	Serviço de DFT da Energisa			18,59	21,04
QUALIDADE DE TENSÃO	100%	220	Serviço de Energia			81,00	92,00
TEMPERATURA DE TENSÃO	100%	220	Serviço de Manutenção			7,89	8,97
TEMPERATURA DE TENSÃO	100%	220	Serviço de Manutenção			4,00	4,55
TEMPERATURA DE TENSÃO	100%	220	Serviço de Manutenção			81,28	92,44
TEMPERATURA DE TENSÃO	100%	220	Serviço de Manutenção			0,00	0,00
			Total			88,08	100,00

Valor de Referência: R\$ 10,00

ATENÇÃO
Para a Tarifa e Vigência de 2018, a ANEEL nº 2.438/2018, a Tarifa de 15,41% Anual
Revisão Tarifária Vigência 2018/18 Res. ANEEL nº 2.432/2018, a Tarifa de 15,41% Anual
- Letramento Técnico

Faturas em atraso





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 CICERO ROSAS SIQUEIRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 10/10/2018 faleceu em 10/10/2018, no estado civil de SOLTEIRO (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.	JOANA LUIS DO NASCIMENTO	MÃE	3131695	01839689480
2.				
3.				
4.				
5.				

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima ☒ não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome CICERO ROSAS SIQUEIRA.

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.

GUARABIRA, 23/11/2018
LOCAL E DATA

Joana Luis do Nascimento
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.				
2.				

DADOS DE TESTEMUNHAS

	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.	Nelson DAVI XAVIER	1690042	893730 06487	Nelson Davi Xavier
2.	Flávia Sorelly R. Silva	3344669	081.040.044-84	Flávia Sorelly R. Silva

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

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



Declaração de únicos herdeiro



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 CACERO ROSAS SIGUEIRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 10/10/2018, faleceu em 10/10/2018 no estado civil de SOLTEIRO (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. JOANA LUIS DO NASCIMENTO	Mãe	B.131.695 / PB	018376894 80
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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.

GUARABIXA/PB 07/01/2019
LOCAL E DATA

Joana Luis do Nascimento
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

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 REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. NELSON DAVI XAVIER	1690042 / PB	89330064 07	Nelson Davi Xavier
2. LUIS CARVAL DE OLIVEIRA	1494872	760350854 15	Luiz Carval de Oliveira

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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



Declaração de únicos herdeiros:



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 CICERO ROSAS SIQUEIRA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 10/10/2018, faleceu em 10/10/2018, no estado civil de SOLTEIRO (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. <u>JOAQUIM DO NASCIMENTO</u>	<u>Genitor</u>	<u>3131695</u>	<u>01839689480</u>
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

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.

GUARAPARI 05/02/2019
LOCAL E DATA

João Siqueira do Nascimento
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

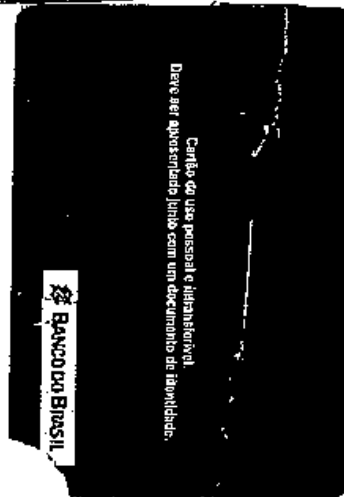
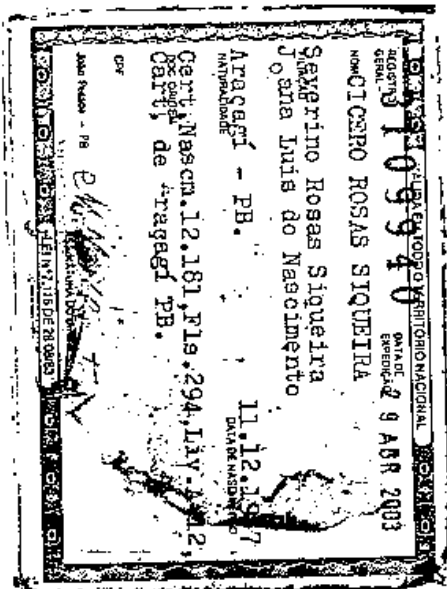
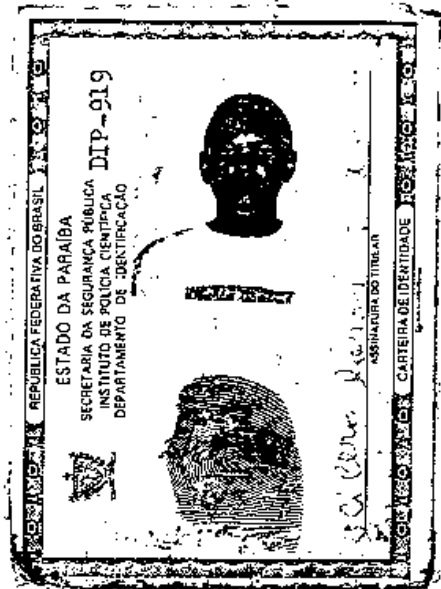
DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>NELSON DAVI TRAUER</u>	<u>1690042</u>	<u>89373006487</u>	<u>Nelson Davi Trauer</u>
2. <u>FLAVIA SONALLY RODRIGUES SILVA</u>	<u>3543997</u>	<u>081.00.00484</u>	<u>Flavia Sonally Rodrigues Silva</u>

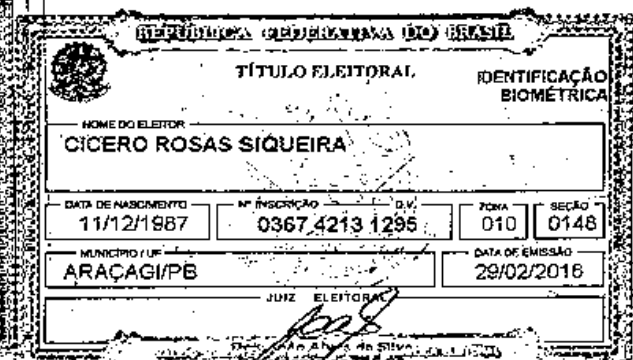
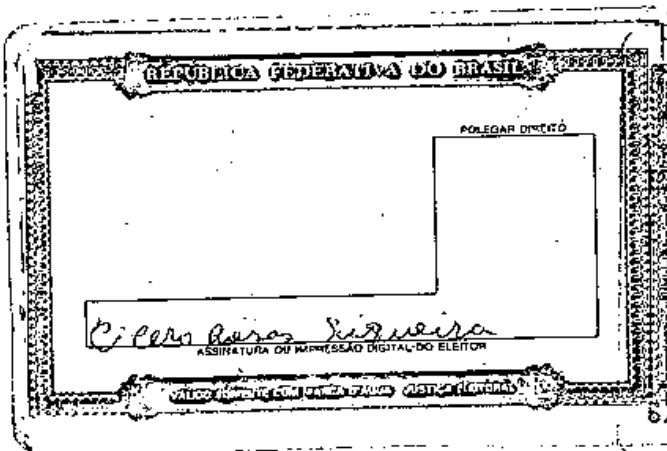
(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

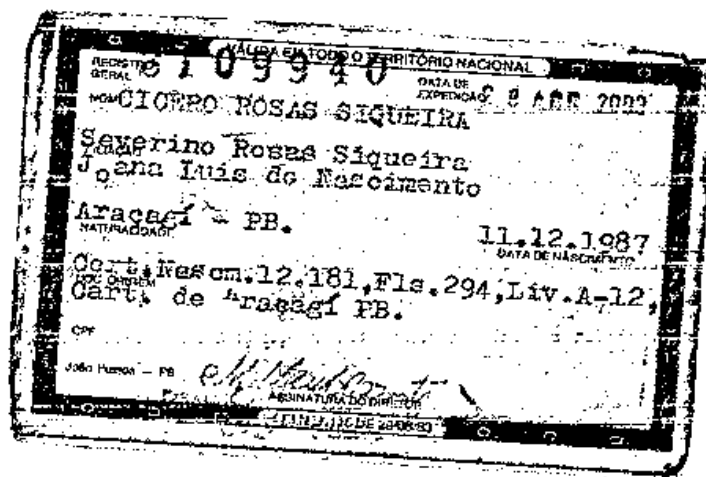
- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente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





Documentos de identificação







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

Processo n.º 08043663620198150181

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

Exa., primeiramente cumpre informar que não foram localizados nenhum processo administrativo em nome da parte Autora, ao contrário do alegado pela parte Autora. Perceba ainda Exa., que a parte Autora não informa o número do suposto processo administrativo.

Vale ainda destacar, que foi localizado um SINISTRO de nº 3180562126 (BENEFICIÁRIA: JOANA LUIS DO NASCIMENTO - ASCENDENTE DA VÍTIMA), onde foi realizado o pagamento integral no valor de R\$13.500,00 reais, conforme documentos em anexo.

Essas informações são de suma importância para a instrução processual, pois demonstram, no caso em tela, que a indenização ora reclamada já foi paga, devendo quem recebeu pagamento indevido, ainda que de boa-fé, deverá devolvê-lo para obstar o enriquecimento sem causa.

Ademais, a Beneficiária **JOANA LUIS DO NASCIMENTO - ASCENDENTE DA VÍTIMA** apresentou-se como única herdeira para recebimento do seguro, CONSTANDO NO ÓBITO APENAS QUE A VÍTIMA ERA solteira e NÃO POSSUÍA FILHOS, não foi informado “companheira”. Saliente-se que a seguradora liquidante cercou-se de todos os cuidados solicitando inclusive a declaração de únicos herdeiros da vítima, CONFORME DOCUMENTOS EM ANEXO.

Assim, nota-se que houve pagamento de boa-fé ao suposto credores legítimo, devendo o legítimo beneficiário buscar sua importância através de ação de regresso.

“DPVAT. CREDOR PUTATIVO. PAGAMENTO VÁLIDO. - Sendo genérica a certidão de óbito na qual constou que o falecido era casado e deixou filhos, neste caso, especificamente, verificado pela Seguradora a legitimidade dos solicitantes, que se apresentaram como cônjuge e filhos, para receber o seguro DPVAT, agiu a mesma com boa-fé ao efetuar o pagamento da integralidade da verba indenizatória, remanescendo ao Autor recorrer à via processual adequada para recuperar a parte

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



que lhe compete. - Conforme prevê o art. 309 do Código Civil, o pagamento feito de boa-fé ao credor putativo é válido, ainda provado depois que não era credor.

(TJ-MG - AC: 10134100083598001 MG , Relator: Pedro Aleixo(JD Convocado), Data de Julgamento: 03/07/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 14/07/2014)

AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT). PAGAMENTO À MÃE DA VÍTIMA. APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE HERDEIRA ÚNICA. CREDORA PUTATIVA. PAGAMENTO FEITO DE BOA-FÉ. TEORIA DA APARÊNCIA. VALIDADE. 1) Provado que a autora é filha do segurado, que faleceu em acidente de trânsito, seria ela a legitimada a receber a indenização do seguro obrigatório (DPVAT). 2) Contudo, segundo dispõe o art. 309 do Código Civil de 2002 "O pagamento feito de boa-fé ao credor putativo é válido, ainda provado depois que não era credor." 3) A Teoria da Aparência é aplicável quando o pagamento é realizado de boa-fé à pessoa que se comportou como a verdadeira credora, a mãe da vítima fatal, que afirmou ser a única herdeira. 4) O reconhecimento da validade do pagamento realizado à credora putativa, autoriza o credor verdadeiro perseguir seu crédito daquele que recebeu indevidamente.

(TJ-MG - AC: 10105093107487001 MG , Relator: Marcos Lincoln, Data de Julgamento: 25/06/2013, Câmaras Cíveis / 11ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 01/07/2013)"

Ante o exposto, protesta pela reforma da sentença, **julgando-se inteiramente improcedente** o pleito Autoral, tendo em vista o pagamento administrativo efetuado de boa-fé.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 25 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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

