



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

# Certidão de Casamento

NOMES

ADRIANO DA SILVA CORTÉZ

CPF

093.848.974-77

MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA

CPF

070.120.824-45

MATRÍCULA:

0717530155 2018 2 00025 188 0012549 16

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS DE NASCIMENTO, NATURALIDADE, NACIONALIDADE E FILIAÇÃO DOS CÔNJUGES

Contraente 1: ADRIANO DA SILVA CORTÉZ, nascido em treze de setembro de um mil novecentos e noventa e três (13/09/1993), natural de Catolé do Rocha-PB, brasileiro. Filho de QUERGINALDO CORTÉZ e LAURITA MARIA DA SILVA CORTÉZ.

Contraente 2: MONALISA GABRIELA SOUSA OLIVEIRA, nascida em vinte e quatro de janeiro de um mil novecentos e noventa e nove (24/01/1999), natural de Catolé do Rocha-PB, brasileira. Filha de CLÁUDIO AURELIO DE OLIVEIRA e de RUBIANIA DE SOUSA SANTOS.

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENO) \_\_\_\_\_  
dezooito de dezembro de dois mil e dezoito DIA 18 MES 12 ANO 2018

REGIME DE BENS DO CASAMENTO \_\_\_\_\_

Comunhão Parcial de Bens

NOME QUE CADA UM DOS CONJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO) \_\_\_\_\_

Ele: O mesmo nome de solteiro

Ela: MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA

AVERAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESER

**2ª VIA.** Registro lavrado em 18/12/2018, no Livro B-00025, Nº 12549, folha 188-V.

O contraente faleceu em 03/06/2020, Liv C2 fls 69 nº 395, conforme comunicação do cartório de Distrito de Coronel Maia. C.d.o Rocha, 06/07/2020. A.F.G.Martins.



Cartório do Registro Civil

Aldenora Fernandes Gadelha Martins - Oficiala Registro Civil

Catolé do Rocha-PB

Av. Venâncio Neiva, S/N, Centro Catolé do Rocha-PB - CEP 58884000  
Fone: (83) 3441 - 1218 E-mail: cartorioregistrocivil@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Catolé do Rocha-PB, 06 de julho de 2020

*Kílvia Pereira de Araújo Gadelha*  
Kílvia Pereira de Araújo Gadelha  
Oficiala Substituta

Consulte a autencidade em:

<https://selodigital.tjpb.jus.br/>  
Emolumentos e taxas: <https://selodigital.tjpb.jus.br/>



AA 000077904

Associação dos Notários e Registradores  
do Estado da Paraíba

Selo Digital: AKB00959-867C





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## Certidão de Óbito

NOME:  
**ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

CPF

**093.848.974-77**

MATRÍCULA:

**0719930155 2020 4 00002 069 0000395 71**

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 26 anos

NATURALIDADE

Catolé do Rocha-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

— NÃO INFORMADO —

ELEITOR

SIM - Nº 042160581287, Zona: 36 -  
PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

QUERGINALDO CORTEZ e LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ. Residia na(o) Distrito de Coronel Maia, Zona Rural, CEP: 58884-000, no município de Catolé do Rocha-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

três de junho de dois mil e vinte - 21:15

DIA

03

MÊS

06

ANO

2020

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos de Catolé do Rocha-PB no município de Catolé do Rocha-PB

CAUSA DA Morte

Traumatismo craneo incefálico, Fratura de traqueia, Morte cerebral, Falência de multi'plos órgãos.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério do Sítio Coronel Maia, Município de Catolé do Rocha-PB no município de Catolé do Rocha-PB

DECLARANTE

Eliana Laurita Cortez, residente e domiciliada: Distrito de Coronel Maia-PB, Zona Rural, CEP: 58884-000, Catolé do Rocha-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Carlos Antonio de S Nunes, CRM 9764

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 04/06/2020, no Livro C-00002, Nº 395, folha 69. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 292143087. Não deixou filhos, deixou bens materiais uma moto. Tem assento de Casamento no Cartório do Registro Civil de Catolé do Rocha-PB.



Cartório Distrital de Cel Maia  
Francisco das Chagas Silva

Distrito de Coronel Maia-PB

Distrito de Cel Maia Distrito de Coronel Maia, Catolé do Rocha-PB - CEP 58884000 Fone: 83 3447-4018

**Francisco das Chagas Silva**  
Oficial do Registro Civil  
CPF: 414.081.830-00

Selo Digital: AFC44140-5M14

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Distrito de Coronel Maia-PB, 4 de Junho de 2020

*Enviado para o e-mail*  
**Francisco das Chagas Silva**  
Oficial do Registro Civil

Consulte o documento no endereço:  
<http://seadigital.tjpb.jus.br>  
Valor da consulta: R\$ 0,00





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## Certidão de Óbito

NOME:  
**ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

CPF

**093.848.974-77**

MATRÍCULA:

**0719930155 2020 4 00002 069 0000395 71**

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 26 anos

NATURALIDADE

Catolé do Rocha-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

— NÃO INFORMADO —

ELEITOR

SIM - Nº 042160581287, Zona: 36 -  
PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

QUERGINALDO CORTEZ e LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ. Residia na(o) Distrito de Coronel Maia, Zona Rural, CEP: 58884-000, no município de Catolé do Rocha-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

três de junho de dois mil e vinte - 21:15

DIA

03

MÊS

06

ANO

2020

LOCAL DO FALECIMENTO

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos de Catolé do Rocha-PB no município de Catolé do Rocha-PB

CAUSA DA Morte

Traumatismo craneo incefálico, Fratura de traqueia, Morte cerebral, Falência de multi'rios orgãos.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

Cemitério do Sítio Coronel Maia, Município de Catolé do Rocha-PB no município de Catolé do Rocha-PB

DECLARANTE

Eliana Laurita Cortez, residente e domiciliada: Distrito de Coronel Maia-PB, Zona Rural, CEP: 58884-000, Catolé do Rocha-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Carlos Antonio de S Nunes, CRM 9764

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Registro lavrado em 04/06/2020, no Livro C-00002, Nº 395, folha 69. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 292143087. Não deixou filhos, deixou bens materiais uma moto. Tem assento de Casamento no Cartório do Registro Civil de Catolé do Rocha-PB.



Cartório Distrital de Cel Maia  
Francisco das Chagas Silva

Distrito de Coronel Maia-PB

Distrito de Cel Maia Distrito de Coronel Maia, Catolé do Rocha-PB - CEP 58884000 Fone: 83 3447-4018

**Francisco das Chagas Silva**  
Oficial do Registro Civil  
CPF: 414.088.000-01

Selo Digital: AFC44140-5M14

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Distrito de Coronel Maia-PB, 4 de Junho de 2020

*Enviado para o e-mail*  
**Francisco das Chagas Silva**  
Oficial do Registro Civil

Consulte o documento no endereço:  
<http://seadigital.tjpb.jus.br>  
Valor da consulta: R\$ 0,00



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

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

CLIENTE: QUERGINALDO CORTEZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05774-6

CONTA: 00000006366-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO06072020050000000002370577400000006366675000 PAGO

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento de valor fixo.

Este documento não é equivalente ao aviso.

Valor para pagamento da fatura de energia elétrica. N° 042.738.386



ENERGISA PARAÍBA • DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.188/0001-40 - Insc Est 16.016.623-0

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ  
SIT CEL MAIA S/N  
CRISTO REDENTOR

51660327-0

ABR/2020

27/04/2020

74

05/05/2020

R\$ 66,91

Acesso: www.energia.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 06/05/2020

Pagador: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ CNPJ/CPF: 001.608.574-97

SIT CEL MAIA S/N - ÁREA RURAL - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014928449	000660327202004	05/05/2020	R\$ 66,91	00.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento de valor fixo.

Este documento não é equivalente ao aviso.

Valor para pagamento da fatura de energia elétrica. N° 042.738.386



ENERGISA PARAÍBA • DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.188/0001-40 - Insc Est 16.016.623-0

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ  
SIT CEL MAIA S/N  
CRISTO REDENTOR

51660327-0

ABR/2020

27/04/2020

74

05/05/2020

R\$ 66,91

Acesso: www.energia.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 06/05/2020

Pagador: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ CNPJ/CPF: 001.608.574-97

SIT CEL MAIA S/N - ÁREA RURAL - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000

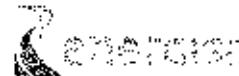
Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014928449	000660327202004	05/05/2020	R\$ 66,91	00.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3

JUV DA EVANGELIA (A QUARTA)  
RUA JOSEFA GOMES DE SOUZA, 691 - Bairro PRETO  
SC 88130-000 (AB: 77)



Bruco CONVENTIONAL 5400A TENSAC / BULLDOZER B  
Classe: COV STC B3 / Subclasse: CUTROS SERV ÇÇ  
Eixo: MONOFÁSICO  
Eletro 1 - 177 - 1726 - Nº Vedador: ECCCCB0012345

#### **UNIVARIATE CONSUMPTION PREDICTION**

51696132-0

DIGITE SEU NOME NO DÉBITO AUTÔNOMO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00000000000000000000000000000000

• 6192 02.16.03

R\$ 291,68

09/04/2020

Abr / 2020

335kWh

73/03/2019 17:47:34

新編藏經卷之二

• 100-1000

FATURAS EM ATRASO

May 20 362.0

DESCRITIVO										
CCS	Descrição	Quant.	Unidad.	Venda	Entregas	Alm.	07/8	Base 08/08	FIS/REC/08/08/08	
		Total	(R\$)	ICMS	(R\$)	ICMS	(R\$)	ICMS	(R\$)	
0001	Consumíveis	587	0700103	261,29	204,89	25	81,17	264,02	292	12,89
0007	LIMPEZA E SERVIÇOS									
	CONTRIBUIÇÃO CLÍMICA			23,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	

TOTAL: 281,65 254,09 BE 17 364,35 4,82 12,35

• [View Details](#)

2024-05-26 09:54:32

		<b>Descrição</b>	<b>Valor(R\$)</b>	
sh-3	516	Bandeja de Chão Encerado FB	77,17	00
XG013	335	Carrinho de Empilhador	69,43	00
Lut-19	433	LEITURAS		
Lut-19	433	Anexo 100M3000	17,66	
AP-19	442	Almofada 100x100x10	1,76	
SAL-19	164	Almofada 100x100x10	1,76	
Mártires	228	Conselho	350,00	
Nov-15	250	Porteiro	20,00	
Jesu-15	281	Componente do Fracionador	1	
AN-20	231			
Fe-23	626			
AN-23	244			
		<b>PROXIMA LEITURA</b>		
		<b>Total</b>	<b>231,60</b>	<b>00,00</b>
		<b>Entrega de Usado Sistemado Distintos R\$ 21.000,00 (R\$ 0,00)</b>		

META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE FETIAÇÃO (M)
					2019 2020
meta mensal de fidelização: 20%	605	3.33	12.33	94.67	NOKIA 100
meta que é fidelizar os clientes em 1º PIS	542	3.33	9.99	18.72	CORTECA 100
meta para o resultado da fidelização: percepção: 20%	584	1.00	3.00	9.00	LIMPEZA 100
	1.00	1.00	3.00	9.00	PERFUMARIA 100

- Para preservar sua saúde, a Eneja está protocolando máscaras para todos os visitantes. Acesse [ENEJA.COM.BR](http://eneja.com.br)

REAU 301: Caso de fatum de estrada privada, na qual a estrada é de direcionamento preferencial, levando ao bairro de Ipanema/Rio de Janeiro. O pagamento após a data da fatura não é mais possível, suspeito de furtos de combustível. A REAU 301 é a única que não tem pagamentos feitos, só consumos. É para o caso de um bairro. Caso as duas empresas estejam envolvidas, descrevermos esse caso. ESTE FERRO 30 NO VALE PARANÁ FUTURAS, A REAU 301, SÓ PODE SER PAGO SE FOR CAMPING, OPONDO A OPÇÃO DE PAGAMENTO DE FUMAR. A REAU 301, SÓ PODE SER PAGO SE FOR CAMPING, OPONDO A OPÇÃO DE PAGAMENTO DE FUMAR. E Nesse caso, a reau 301 deve ser descontada da conta de vermelho, e não vice-versa e não pagar.

Pedimos ao Fármaco, 11999-774999, para que ele faça a inclusão em grupos de proteção no crédito no caso de se tratar de um cliente particular.

ENH384 PES-Jet - DISTRIBUIDORA DE ENH384 - Bl-Br250, Km25 - Cxto Reñido - Jto Pequeño Frio - CP83071-600  
CNPJ 03.851.161/0001-10 - Iren.Fax 51.515.822-9 -

Esta NOTA FISCAL CONTA DE ENERGIA está disponível para consulta e pagamento a partir do dia 04/2022.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIAL VENDE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 13599.470173 5 82200000029166

PAGNOCH J. MNA CHANTELLE & QUARTE, OPPORTUN 888 813.154-68  
P. K. 10077 ELMWOOD PARK, ILLINOIS 60150-2980

**SCUSA/PSCB: 5890000**

Nease Rd. 2524912003809479	IR Document 00069613221200	08/04/2020	R1 29.88	
-------------------------------	-------------------------------	------------	----------	--

# DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 a de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Carlos Henrique Oliveira Pinheiro,

RG nº 21023097-0060008, data de expedição 15 / 02 / 2019,

Órgão Detran - PB, CPF nº 973.419.833-53,

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 José Faquinha da Silva</u>
Número	<u>s/n.</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Ouro Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99919-43-07</u>
E-mail	<u>verasoliveirat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Sousa - PB 15/05/2020

CL-PL/VL/PW.

Assinatura do Declarante

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 044.869.417



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

RUBIANIA DE SOUSA SANTOS  
RUA PRES CASTELO BRANCO 670  
CATOLE DO ROCHA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1762903-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2020	26/05/2020	458	26/06/2020	R\$ 278,76

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 16084.393178 6 82980000027876				
Pagador: RUBIANIA DE SOUSA SANTOS CNPJ/CPF: 031.856.124-77				
RUA PRES CASTELO BRANCO 670 - SANDI SOARES - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120016084393	Nº Documento 001762903202005	Data Vencimento 26/06/2020	Valor do Documento R\$ 278,76	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				09.095.183/0001-40
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 045.569.948



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

VICTOR PEREIRA DE OLIVEIRA  
RUA JOAO ALVES FERNANDES 9 1 AND  
BREJO DO CRUZ

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1796702-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	09/06/2020	86	17/06/2020	R\$ 22,68

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 16603.449170 3 82890000002268				
Pagador: VICTOR PEREIRA DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 082.851.744-41				
RUA JOAO ALVES FERNANDES 9 1 AND - CENTRO - BREJO DO CRUZ / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120016603449	Nº Documento 001796702202006	Data Vencimento 17/06/2020	Valor do Documento R\$ 22,68	Valor Pago
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				09.095.183/0001-40
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **075.139.824-14**

Nome: **ROBERGUA DE SOUSA SANTOS**

Data de Nascimento: **19/11/1978**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/06/2005**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:34:50** do dia **01/07/2020** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **4C0F.E62E.B998.82BE**



Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POLÍCIA CIENTÍFICA



*Justino de Freitas Figueiredo*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

002.310.690

DATA DE EXPEDIÇÃO 26/12/2001

JUSTINO DE FREITAS FIGUEIREDO

PELÔNCIO

OLINDINO DE FIGUEIREDO  
MARIA VERAS DE FREITAS

NATURALIZADO

DATA DE NASCIMENTO

CATOLE DO ROCHA PB

05/09/1965

DOC. ORIGEM NASCIM LA008 F-092 RG-007349

CATOLE DO ROCHA PB 01 CARTÓRIO

CNPJ 711.119.484-53

*Ana Dulce da M. Bezerra  
LEIA N. 7.119 DE 2001  
Sub - Coordenadoras*

131100 5

Calcó - RN



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Clima, 220 - Jaguribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.884/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME ESTE NÚMERO:

MATRÍCULA

717.52349

REFERÊNCIA

FEV/2020

1. CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SIMÔNE XAVIER DA SILVA  
RUA PROJETADA, SN - 1º ANDAR - EMBOCAS BREJO DO  
CRUZ, PB 58890-699

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Balanço	Consumo	Resíduos	Água	
107.001.525.8151.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X308616	10/08/2016	EXT LACR LIGADO		POTENCIAL		
75	78	3	26		18/03/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT. / QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2020	4	PARAMETROS EXIG.	ANALIS.	CONFORMES		
DEZ/2019	3	TURBIDEZ	0	0	0	
NOV/2019	4	CLORO	0	0	0	
OUT/2019	6	COL. TEPHGT	0	0	0	
SET/2019	5	COR	0	0	0	
AGO/2019	3	COL. TDIAZS	0	0	0	
MEDIAÇÃO	3	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 19/02/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 10:56:38
DESCRICAÇÃO	
AQUA	CONSUMO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	
ESGOTO	3 M3
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 08/2019	0,75
TUROS DE HORA 08/2019	1,50
FATURAS EM ATRASO	
REF 207001	37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	06/03/2020	Total a Pagar:	R\$ 40,16
-------------	------------	----------------	-----------

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA DI/P-145  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Robérgua de Sousa Santos

SINCRONIZADA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIO NACIONAL  
DATA DE EXPEDIÇÃO

3336050 21 JUN 2005

ROBÉRGUA DE SOUSA SANTOS.

Egídio Leite dos Santos.  
Raimunda Deuzuíte de Sousa Santos.  
Catolé do Rocha-PB 19-NOV-1978  
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

DOC. ORIGEM C.Nasc. 6.971-Fls.297-Liv.A-07  
Cart de Catolé do Rocha-PB

CPF:

011.546.000-0

JNLU-Pessoas - PB

UNI. JUST. E DESS. ASESORIA DO MASTOR

LEI 11.711 DE 29/05/83



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA -CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1899 / Outras regiões: 0800 0221204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 0226189 | SAC (para clientes audíveis e de fala): 0800 0221306 | Central de Ouvidoria: 0800 0219133

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=L&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

**SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIMÁRIOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO; CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.**

Pelo exposto, eu

**CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

inscrito (a) no CPF/CNPJ **973.419.833/53**, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

*Gurginaldo Lortex*

Inscrito (a) no CPF sob o nº **037.735.894/09**

do sinistro de DPVAT cobertura

*morte*

da Vítima

*Adriano da Silva Lortex*

Inscrito (a) no CPF sob o nº **093.848.974/27**, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso Informar

Dedico ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço: **RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA**

Número: **SM** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **JARDINS**

Cidade: **SOUSA**

Estado: **PB** CRP: **58800-000**

E-mail: **verasdvpv@hotmail.com**

Tel.(DDD): **83 99607-2277**

**83 99919-4307**

Local e Data:

**SOUSA-PB, 19/06/2020**

**Assinatura do Declarante**



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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)

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1896 / Outras regiões: 0800 022 1206

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 6189 | SAC (para deflagração auditiva de dítes): 0800 022 1206 | Central de Ouvidoria: 0800 021 9135

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação da sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro-DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP. ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E RESSEGUARIA. E CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF. ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu,

**CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: **973.419.833/53** na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário.

Ficou constante Maria da Silva Lortegi, inscrito (a) no CPF sob o N° **081.608.574.197**,  
do sinistro de DPVAT cobertura **morte**, da vítima **Adriano da Silveira Lortegi**,

Inscrito (a) no CPF sob o N° **093.848.974-177**, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 280 do Código Penal.

Endereço: **RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA**

Número: **SN** Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: **JARDINS**

Cidade: **SOUSA**

Estado: **PB** CEP: **58800-000**

E-mail: **verasdipvat@hotmail.com**

Tel.(DDD): 83 99607-2277

83 99918-4307

Local e Data:

**SOUSA-PB, 19/06/2020**

Assinatura do Declarante



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PRIVADAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCELO Andrade Vieira de Freitas

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.546.024, 163 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.120.824/145

do sinistro de DPVAT cobertura Óbito da Vítima Adriano da Silva Condez

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.848.974, 77 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua ÁLVARO ACAMAS	Número:	363	Complemento:	Escritório
Bairro:	Centro	Cidade:	CATÓLÉ DO ROCHA	Estado:	PB
E-mail:	<u>marcelo.vieira@hotmail.com</u>	CEP:	58.884-000	Tel.(DDD):	(83) 99607-5145

Local e Data: Católé do Rocha PB, 26/06/2020

Marcelo Andrade Vieira de Freitas:  
Assinatura do Declarante

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Especifique(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Número do ASI:

3 - CPF da vítima: 093.848.974-77

4 - Nome completo da vítima:

Adriano Valerio Silva Fontes

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

5 - Nome completo:

Wendyvaldo Cortez

6 - CPF:

037.735.894-09

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Bel Mano

9 - Número:

5A

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bom Reino

12 - Cidade:

Catolé do Rocha

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58884-000

15 - E-mail:

verasdpvat@hotmail.com

16 - Telefone:

(83) 3559-1643-07

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 P\$2.501,00 ATÉ P\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Até hoje uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Bradesco (207) Itaú (340)

Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA: 5774

6

CONTA: 000 6366

AGÊNCIA:

CONTA:

Inserir o dígito se existir

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, comprovando, desde já, ante me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora. Dizer para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente ou trânsito causado por veículo automotor, no termo e disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compatriota(s):

 Sim Não Sim Não

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

Monalisa Valéria da Silva

28 - Vítima:

 Sim Não Sim Não

31 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Falecidos: 

30 - Vítima deixou

nascituro(s)/netos?

 Sim Não

31 - Vítima:

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos: 

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos: 

33 - Vítima deixou

 Sim Não

34 - Se havia pais/avós:

 Sim Não Sim Não

35 - Nome lógico de quem assina a pedido (a rogo):

Wendyvaldo Cortez

36 - CPF lógico de quem assina a pedido (a rogo):

123.503.584-68

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

Wendyvaldo Cortez

38 - 1º | Nome: Edson José Ferreira Sá

CPF: 080.859.044-68

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: Katia Shirley Ferreira Ferreira

CPF: 797.995-313-49

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São José - PB 19/06/2022

Assinatura da testemunha

Nº

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dodarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02  
P-145



NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEU NOME NO MUNDO DO BRASIL

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 1.416.355 -2 VIA  
NOME QUERGINALDO CORTEZ

FILIAÇÃO

MARIA ROSALINA

NATURALIDADE

PATU-RN  
DOC ORIGEM

CASAM N. 1849 FLS. 11V LIV. B5  
CPF CARTORIO CATOLE DO ROCHA-PB

037.735.894-09

LEI N° 7.165 DE 29/08/83

Item. CRM. o Criminal

DATA DE NASCIMENTO

04/08/1957

A +



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME

1.755.144 - 2 VIA

11/02/2008

LAURITA MARIA DA SILVA CORTÉZ

FILIAÇÃO

RAIMUNDO RUFINO DA SILVA

RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CATOLE DO ROCHA-PB  
DOC ORIGEM

05/06/1953

CASAM N.1849 FLS.11 LIV.5

CARTORIO C ROCHA-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.106 DE 29/08/83

**MINISTÉRIO DA FAZENDA**



**Receita Federal**  
**Cadastro de Pessoas Físicas**



**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

Número

**081.608.574-97**

Nome

**LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ**

Nascimento  
**05/06/1953**

**VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO**

P  
BNOME  
**CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**DOCID/NR/CE / ORG-EMIS/UF  
2001097006008 SSPDS CECNP  
973.419.833-53 DATA NASCIMENTO  
12/06/1982PAI  
CARLOS EMEY ALVES  
PINHEIRO  
ELIDA MARIA VERAS  
PINHEIROPERMISSÃO  
ACC CAT/ABVALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1674155790**

PROIBIDO PLASTIFICAR

**1674155790**

OBSERVAÇÕES



ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
SOUSA, PBDATA EMISSÃO  
15/02/2019

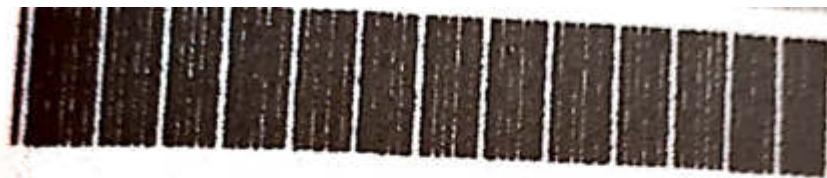
A handwritten signature over a printed name and title.

ASSINATURA DO GESTOR

64891656868  
PB038419890

PARAÍBA

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**



**ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

FILIAÇÃO.....: QUERGINALDO CORTEZ

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

NASCIMENTO....: 13/09/1993

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CATOLÉ DO ROCHA - PB

DOCUMENTO....: C.N. 3027 LVA - A-4 FLS 105 - 18/03/1994 - DIST.

CORONEL MAIA- CATOLÉ DO ROCHA-PB - CATOLE DO ROCHA - PB

LE N° 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1985

CPF: 093.848.974-77

CNH:

TIT. ELEITOR:

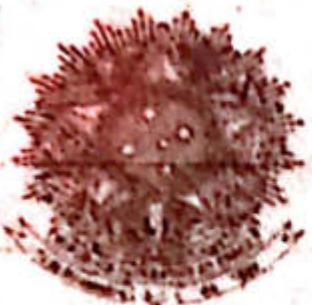
SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 07/04/2010

José Antônio de Souza Filho  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR



# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP — **180.16659.38-7**

NÚMERO — **4250541** SÉRIE — **003-0** UF — **PB**

*Eduardo da Silva Costa*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.449.199 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/01/2020
NOME	MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA		
FILIAÇÃO CLAUDIO AURELIO DE OLIVEIRA RUBIANIA DE SOUSA SANTOS			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
CATOLÉ DO ROCHA-PB	24/01/1999		
DOC ORIGEM			
CASAM N.12549 FLS.188 LIV.B25			
CARTÓRIO CATOLÉ DO ROCHA-PB			
CPF			
070.120.824-45	<i>Monalisa Gabriela Sousa Silva</i>		
Assinatura do diretor: Ademir Pereira de Oliveira/83 Chefe da identificação Paulo Cesarini			





**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME

MARCELO ANDRADE VIEIRA DE FREITAS

FILIAÇÃO

MANOEL VIEIRA DE FREITAS  
RITA DE CASSIA ANDRADE DE FREITAS

NATURALIDADE

CATÓLE DO ROCHA-PB

DATA DE NASCIMENTO

28/01/1987

RG

2.990.071 - SSP/PB

CPF

056.576.024-63

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

VIA

01

EXPEDIDO EM

12/01/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA  
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:

22111



TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

13024095

USO OBRIGATÓRIO  
IDENTIDADE CIVIL PARA TODOS OS FINOS LEGAIS  
(Art. 13 da Lei nº 8.906/94)



ASSINATURA DO PORTADOR

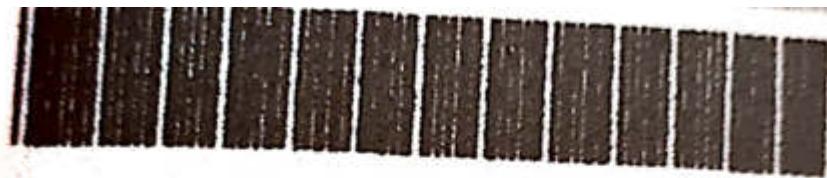
*Marcelo Andrade Vieira de Freitas*



OSSERVAÇÕES



**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**



**ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

FILIAÇÃO.....: QUERGINALDO CORTEZ

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

NASCIMENTO....: 13/09/1993

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CATOLÉ DO ROCHA - PB

DOCUMENTO....: C.N. 3027 LVA - A-4 FLS 105 - 18/03/1994 - DIST.

CORONEL MAIA- CATOLÉ DO ROCHA-PB - CATOLE DO ROCHA - PB

LE N° 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1985

CPF: 083.848.974-77

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 07/04/2010

José Antônio de Souza Filho  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR



# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP — **180.16659.38-7**

NÚMERO — **4250541** SÉRIE — **003-0** UF — **PB**

*Eduardo da Silva Costa*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO





JOHN R. KELLY  
SCHOOL OF BUSINESS  
UNIVERSITY OF TORONTO

WILSON, WALTER A. AND  
LUTHER, DONALD C. 69-121  
Rancho San Joaquin, San Luis Obispo Co., Calif.  
Altitude, 4,000 feet.

2009-04-15 14:11:00

2020-08-17

199/2019

22/08/2019 23/09/201

1990-1991  
Yearbook

1990-1991: 70% of the students in the first year  
1991-1992: 55% of the students in the first year

1960-1961  
1961-1962

1960-1961

10. The following table shows the number of hours worked by 1000 workers in a certain industry.

13. *Leucosia* *leucostoma* *leucostoma*

Leitura - Ora - Leitura -  
1975 2002-12 1996

1960-1961

1022 1023 20  
1024 1025 20

17.80 0.00 0.00  
17.80 0.00 0.00

1000

1960-1961  
1961-1962

100.00 22.50  
100.00 22.50

30/02/2019

1996-1997 学年 第一学期

190.0007.5336.0438.

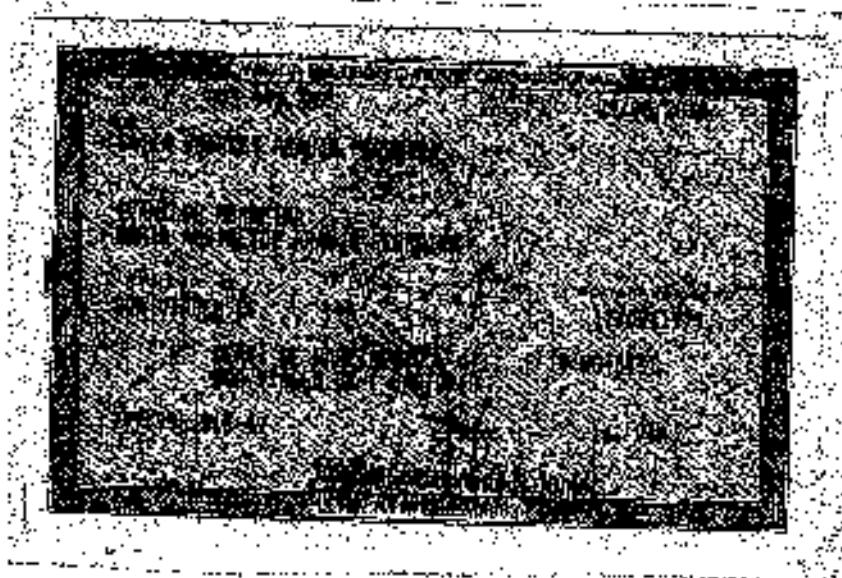
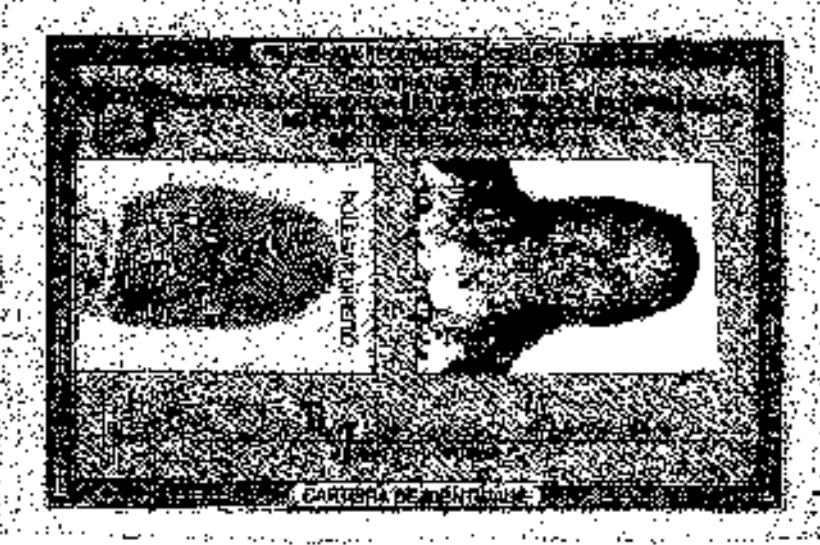
#### Aufgaben

NAME	ADDRESS	TELEGRAMS
DR. JAMES W. LUMPKIN	1111 BROADWAY	DR. JAMES W. LUMPKIN
DR. JAMES W. LUMPKIN	1111 BROADWAY	DR. JAMES W. LUMPKIN
DR. JAMES W. LUMPKIN	1111 BROADWAY	DR. JAMES W. LUMPKIN

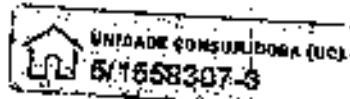
Telk  
T...  
Fay's Electronics, Inc. 312/201-5145

1994-95  
1995-96  
1996-97  
1997-98  
1998-99  
1999-2000

John C. Calhoun, "The Slave Power," in *Essays on Slavery and the American South*, ed. John B. Boles (New York: W.W. Norton, 1998), 10.



1990-09-04 10:44:44 -0400 (EDT) [1990-09-04 10:44:44 -0400 (EDT)]  
Subject: [mcgill-cs] [mcgill-cs] [mcgill-cs]  
From: [mcgill-cs] [mcgill-cs] [mcgill-cs]



UNPADE e-CONSULTBOOK (ver.)  
5/1658397-5

043497R33UH-FAT-1040M 0887 DA-PAM 1100 11-00

<b>R\$ 572,93</b>	<b>30/04/2020</b>
<b>Abr / 2020</b>	<b>660kWh</b>
<b>HIGHWAY IN STRAYS</b>	<b>FATURAS EM PRAZO</b>
	<b>Var.:</b> R\$42,98 <b>Obs.:</b> R\$274,21

ID	Concept	Data Sampling		Performance		DME Branch Performance	
		Count	Total Value	Min	Max	Mean	Median
001	Concept 001	90	100000	2000	80000	20	5000
002	Concept 002	100	100000	2000	80000	20	5000
003	Concept 003	100	100000	2000	80000	20	5000
004	Concept 004	100	100000	2000	80000	20	5000
005	Concept 005	100	100000	2000	80000	20	5000

SG: Oregon: Corvallis: downtown  
Tribute Tower, 0.54400

En el año 1990 se realizó la primera reunión de trabajo entre la Comisión de la Verdad y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en Bogotá. La CIDH realizó una visita oficial a Colombia en 1991 y en 1992 se realizó la segunda reunión entre la Comisión de la Verdad y la CIDH.

~~2010-000006293~~

2012102914001594 00120570710730-0011-0000 [53125] 2012102914001594 00120570710730-0011-0000 [53125]

3.2E145.9 BERMUDA 1955-2000 D2000-2005

3 201, km 91. Село Чеканы. Жилой дом № 193. Ст. 500 кв. м.

• 2011-07-26 9:46:46 Hong Science 80.94-17327-1

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov> | <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/blast/>

1998-01-01 1998-01-01 1998-01-01 1998-01-01 1998-01-01 1998-01-01 1998-01-01 1998-01-01

• మొదటి ప్రాణికి దేవుడు అన్నాడు.

Classmate: 001111111111111111111111  
Name: 04-117-240-2000  
Version: 0000120153  
Date: 2010-09-10  
Time: 10:15:15

Digitized by srujanika@gmail.com

Aug/2018 22/08/2018 23/09/2019

30/08/2016

第1章の復習

RECEIVED - MAILING ROOM - JAN 15 1965 - BOSTON MASS

567c,abde,7ac00,0ff4 ac03,0ff67,8922,4,1

Blanks	Value
Blank	0.00
Total	00.00

CONSULTA DE DOCUMENTOS IDENTITARIOS

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

DEPARTAMENTO DE INVESTIGAÇÕES  
DE DOCUMENTOS IDENTITÁRIOS

DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/03/2013

DOCUMENTO: 1280574186

1280574186

Nome:	IVANILDO SILVA
Nascimento:	08/09/1985
Sexo:	MASCULINO
CPF:	081.837.044-61
RG:	0235527594
UF:	SP
Data de Nascimento:	15/04/2013
Data de Expedição:	24/07/2013
Nome da Mão:	IVANILDO SILVA
Nome do Poderoso:	MARIA DO SOCORRO DE FRANCIA SILVA
Sexo:	MASCULINO
CPF:	0235527594
UF:	SP
Data de Nascimento:	30/06/2016
Data de Expedição:	01/03/2013

# BOLETO PARA PAGAMENTO

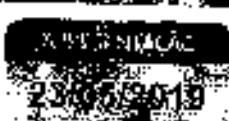
Declarado como valor fiscal.

Documento emitido à agência de arreia da parte.

Forma para depósito - para enviar ao seu beneficiário ou em sua agência de arreia: N° 0254111-00



DISPONÍVEL PARA: CREDITO E DÉBITO DE CARTÃO DE CRÉDITO  
BR 230 KM 26 - CRISTO REDEEMOR - JUÍZ DE FORA / MG - CEP 36071-000  
CNPJ 00.922.110/0001-47 - Fone: 031 3626-0720



Acesse [www.energisaonline.br](http://www.energisaonline.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190-00009-02624-812088 01943-637171 1 78050000003832

Pagador: GERALMIA MARIA PEREIRA DA SILVA CNPJ/CPF: 040.911.334-65

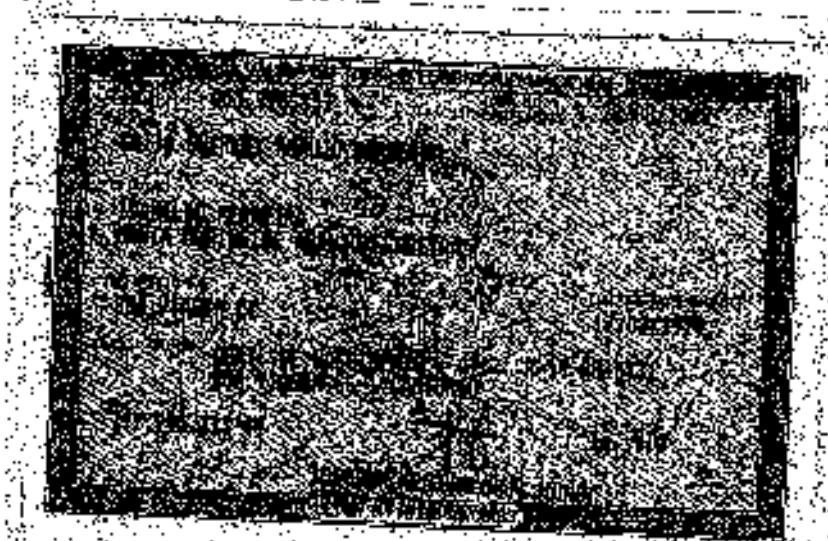
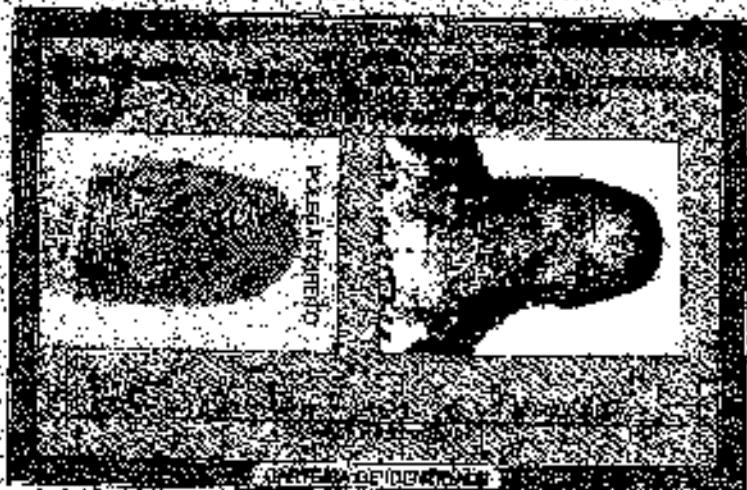
RUA GERALDO GONÇALVES SARMENTO B/M CASA F - MARIA RACHEL - SOUSA / PB - CEP 58000-000

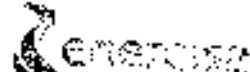
Número-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001943637	001712621201905	30/06/2019	R\$ 30,32	

BENEFICIÁRIO/ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR230 KM 26, S/N - - CRISTO REDEEMOR - JUÍZ DE FORA / MG - CEP 36071-000

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3







STATE OF NEW YORK, ALBANY, TECUMSEH, SULLIVAN,  
ONEIDA, ROME, CORTLAND, CHENANGO, RONDOUT,  
WADSWORTH, WOODWARD,  
CORTLAND, 12-177-246, 1988, H-1000000000000000.

[View sample page](#)

U 5/15682-07-3

CHAMBERLAIN FUTURE ENERGY INSTITUTE

Digitized by srujanika@gmail.com

R\$ 572,93

30/04/2020

Digitized by srujanika@gmail.com

Abr / 2020

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

Digitized by srujanika@gmail.com

FATURAS EN MATERIALES

Código	Descrição	MATERIAL:		Unid.	Qtd.	Preço	Subtotal	Taxa	Total
		Unitário	Caixa						
0001	Concreto	R\$ 0,0000	R\$ 0,00	MT	27	R\$ 14,30	R\$ 38,00	R\$ 0,00	R\$ 38,00
0002	DOCUMENTOS SERVIÇOS								
0003	ENTRADA DE MATERIAIS								
0004	EXCELENTES	R\$ 0,00	R\$ 0,00	UN	1	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00
0005	MATERIAIS	R\$ 0,00	R\$ 0,00	UN	1	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00	R\$ 0,00

10. *Chitón de Chiloé* (*Acanthopleura granosa* (Lam.)  
P. V. D. T. 1987) TOTAL: 64,250 30,900 16,500 32,750 12,750

	MONTH	START DATE	END DATE	NUMBER OF WORKDAYS	NUMBER OF HOURS
1	JULY	2023-07-01	2023-07-31	21	168
2	AUGUST	2023-08-01	2023-08-31	22	176
3	SEPTEMBER	2023-09-01	2023-09-30	21	168

**13. NEW YORK**

Na véspera da eleição, o Partido Republicano de Nova York realizou uma reunião para discutir a estratégia para a vitória. O encontro contou com a participação de 150 membros do Comitê Executivo, incluindo o governador Nelson A. Rockefeller, o senador Jacob Javits e o ex-governador Hugh L. Carey. Durante a reunião, os participantes debateram sobre a importância de manter a base conservadora do partido e a necessidade de atrair votos de eleitores independentes e democratas. Eles também discutiram sobre a estratégia para a campanha, enfatizando a importância de construir uma coalizão com outros partidos e candidatos.

Pflichtenheft der Rechtsanwaltskammer für den Beruf als Rechtsanwalt von Pfarrern und Kirchenräten

For more information about the program, contact the Office of the Vice Provost for Research at 217-246-1141 or email [research@illinois.edu](mailto:research@illinois.edu).

Приложение к договору о продаже недвижимости и передаче в пользование земельного участка

BANCO DO BRASIL - PAÍS REFERÊNCIA PARA OS INVESTIMENTOS

00190 00008 C2624-B12005 14252 281152 0 00 11055571

Digitized by srujanika@gmail.com

**ESTADO DE SÃO PAULO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - FONE: 322-341-254-37**

911204-14CCF 0000133

EDUCATIONAL PUBLISHING COMPANY - 29 JULY 1984 25 E. BEECHWOOD AVENUE, NEW YORK, NY 10016

Digitized by srujanika@gmail.com

Digitized by srujanika@gmail.com

10. The following table shows the number of hours worked by each employee in a company.

## **RONALD BATISTA DOS SANTOS**

---

**De:** KATIANA DOS SANTOS MATOS  
**Enviado em:** sexta-feira, 11 de setembro de 2020 09:39  
**Para:** RONALD BATISTA DOS SANTOS  
**Assunto:** RES: Autorização 9327: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)  
**Anexos:** CERTIDÃO DE CASAMENTO -ADRIANO DA SILVA CORTEZ.pdf; comp res MONALISA -ADRIANO DA SILVA CORTEZ.pdf; DOC IDENTIFICAÇÃO PROCURADOR -ADRIANO DA SILVA CORTEZ.pdf; DOC IDENTIFICAÇÃO MONALISA -ADRIANO DA SILVA CORTEZ.pdf; OUTROS -ADRIANO DA SILVA CORTEZ.pdf; PEDIDO DPVAT MONALISA -ADRIANO DA SILVA CORTEZ.pdf; PROCURAÇÃO -ADRIANO DA SILVA CORTEZ.pdf; SUSEP -ADRIANO DA SILVA CORTEZ.pdf

Perdão.

Seguem os documentos da cônjuge.

Atenciosamente

### **Katiana Matos**

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica  
[katiana.matos@seguradoralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

---

**De:** KATIANA DOS SANTOS MATOS

**Enviada em:** sexta-feira, 11 de setembro de 2020 09:35

**Para:** RONALD BATISTA DOS SANTOS <[ronald.santos@seguradoralider.com.br](mailto:ronald.santos@seguradoralider.com.br)>

**Assunto:** ENC: Autorização 9327: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

Ronald  
Bom dia

### **Solicito recadastramento pela 9327 do processo 3200220182 DRIANO DA SILVA CORTEZ.**

No primeiro processo pagaram o valor total para os pais deixando a esposa de fora.

Esse cadastramento será apenas para o pagamento dela.

Ahhh Desculpa. Continuo com os meus problemas de senha.

Atenciosamente

## Katiana Matos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica  
[katiana.matos@seguradoralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

---

**De:** Katherine Moraes <[katherine.moraes@seguradralider.com.br](mailto:katherine.moraes@seguradralider.com.br)>

**Enviada em:** quinta-feira, 10 de setembro de 2020 12:22

**Para:** Anderson Bezerra <[anderson.bezerra@seguradralider.com.br](mailto:anderson.bezerra@seguradralider.com.br)>; Arthur Froes <[arthur.froes@seguradralider.com.br](mailto:arthur.froes@seguradralider.com.br)>

**Cc:** KATIANA DOS SANTOS MATOS <[katiana.matos@seguradralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradralider.com.br)>; Lia Nazareth <[lia.nazareth@seguradralider.com.br](mailtolia.nazareth@seguradralider.com.br)>

**Assunto:** RES: Autorização 9327: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

De acordo.

Lia, para feedback.

Obrigada,

Att,

## Katherine Moraes

Gerência de Sinistros  
[katherine.moraes@seguradralider.com.br](mailto:katherine.moraes@seguradralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4749



[www.seguradralider.com.br](http://www.seguradralider.com.br)

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

---

**De:** Anderson Bezerra <[anderson.bezerra@seguradralider.com.br](mailto:anderson.bezerra@seguradralider.com.br)>

**Enviada em:** quinta-feira, 10 de setembro de 2020 10:49

**Para:** Katherine Moraes <[katherine.moraes@seguradralider.com.br](mailto:katherine.moraes@seguradralider.com.br)>

**Assunto:** Autorização 9327: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

Kath,

Segue para aprovação.

Sinistro de morte liquidado integralmente em favor dos pais da vítima, certidão de óbito e os dois PSD informam a existência da companheira.

Neste caso o correto seria a liquidação de 50% em favor dos pais, sendo 25% para cada genitor, e 50% em favor da companheira.

A autorização é para liquidação de 50% em favor da companheira. Deverão ser emitidas cartas solicitando a devolução dos valores pagos a maior para os genitores.

Atenciosamente,

## **Anderson Bezerra**

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[anderson.bezerra@seguradoralider.com.br](mailto:anderson.bezerra@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal: 4539



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

---

**De:** KATIANA DOS SANTOS MATOS <[katiana.matos@seguradoralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradoralider.com.br)>

**Enviada em:** quinta-feira, 10 de setembro de 2020 09:58

**Para:** Anderson Bezerra <[anderson.bezerra@seguradoralider.com.br](mailto:anderson.bezerra@seguradoralider.com.br)>

**Assunto:** RES: Re: Re: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

Anderson

Bom dia

Reitero.

Atenciosamente

## **Katiana Matos**

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[katiana.matos@seguradoralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



[www.seguradralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

**De:** KATIANA DOS SANTOS MATOS

**Enviada em:** quinta-feira, 3 de setembro de 2020 17:00

**Para:** Anderson Bezerra <[anderson.bezerra@seguradoralider.com.br](mailto:anderson.bezerra@seguradoralider.com.br)>

**Assunto:** ENC: Re: Re: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

Anderson

Boa tarde

Solicito autorização para recadastramento na dependência especial 9327 do processo 3200220182 DRIANO DA SILVA CORTEZ.

O processo foi pago para os pais da vítima somando o valor total de R\$ 13.500,00 porém, mesmo sem documentação no processo, o sinistro fazia menção a ela (certidão de óbito, certidão de casamento, declaração de únicos herdeiros) e isso passou despercebido na análise. Agora, a esposa apresentou a documentação e não existe cota reservada para ela.

Entendo que o erro foi nosso. Nesse caso, deveríamos pagar o valor que cabe a cônjuge.

Diante do fato apresentado solicito autorização para o recadastramento.

Atenciosamente

## Katiana Matos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

[katiana.matos@seguradoralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar  
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

**De:** [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br) <[consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br)>

**Enviada em:** quarta-feira, 5 de agosto de 2020 16:44

**Para:** Jane Costa <[jane.apdcosta@gmail.com](mailto:jane.apdcosta@gmail.com)>

**Cc:** Relacionamento Canais <[relacionamento.canais@seguradoralider.com.br](mailto:relacionamento.canais@seguradoralider.com.br)>

**Assunto:** RES: Re: Re: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

Jane

Boa tarde

Analisaremos o caso.

Pedimos aguardar nosso retorno.

Atenciosamente

Katiana Matos

----- Mensagem Original -----

**De:** Jane Costa [jane.apdcosta@gmail.com]  
**Enviada em:** 04/08/2020 13:23:46  
**Para:** [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br)  
**CC:** Relacionamento Canais [relacionamento.canais@seguradoralider.com.br]  
**Assunto:** Re: Re: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)  
Katiana, boa tarde

Segue documentos da Monalisa.

Estamos a disposição.

Atenciosamente

Jane  
41-9 96864626  
83-9 99256034

Em ter., 4 de ago. de 2020 às 13:00, <[consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br)> escreveu:

Jane

Boa tarde

Favor anexar a documentação da companheira para que possamos verificar a possibilidade de cadastramento.

**Pedimos verificar a necessidade de documentos para cada caso o de companheira ou se for o caso documentação de cônjuge.**

Atenciosamente

Katiana Matos

----- Mensagem Original -----

**De:** Jane Costa [[jane.apdcosta@gmail.com](mailto:jane.apdcosta@gmail.com)]  
**Enviada em:** 03/08/2020 15:41:05  
**Para:** Relacionamento Canais [[relacionamento.canais@seguradoralider.com.br](mailto:relacionamento.canais@seguradoralider.com.br)]  
**CC:** [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br)  
**Assunto:** Re: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ  
Prezados, boa tarde

Peço uma resolução urgente desta situação, pois o advogado da beneficiária está nos ligando e cobrando.

No aguardo

Atenciosamente

Jane  
41-9 96864626  
83-9 99256034

Em sex., 24 de jul. de 2020 às 09:22, <[relacionamento.canais@seguradoralider.com.br](mailto:relacionamento.canais@seguradoralider.com.br)> escreveu:

Olá Srª Jane, bom dia!

Estamos buscando solução com a área técnica, por favor aguarde o retorno.

Prezados, boa tarde!

É possível verificar a situação apresentada pelo corretor abaixo? Pagamento realizado em sua totalidade, pelos relatos da corretora ele não foi devido.

Detalhe de Sinistro					
Sinistro	Qualificação	Pessoas	Pagamento	Histórico	
Nome			Tipo Beneficiário	Representa	Pagamento Efe
QUERGINALDO CORTEZ			Ascendente		R\$ 6.750,00
LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ			Ascendente		R\$ 6.750,00

Consultar por Creditado	R\$ 13.500,00
-------------------------	---------------

Atenciosamente,

[relacionamento.canais@seguradoralider.com.br](mailto:relacionamento.canais@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4089 (Cinthia) Ramal 4087 (Mário)

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Rua da Assembleia, 100 - 16º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

Leia nossa [News](#) e nosso [Blog](#). Siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

**De:** "Jane Costa" <[jane.apdcosta@gmail.com](mailto:jane.apdcosta@gmail.com)>  
**Enviada em:** 23/07/2020 13:46  
**Para:** "Relacionamento Canais" <[relacionamento.canais@seguradoralider.com.br](mailto:relacionamento.canais@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Prezados, boa tarde

O processo em referência trata-se de um óbito, onde a vitima deixou mãe, pai e esposa, inicialmente foi enviado o processo com pedido dpvat dos pais e somente agora recebemos a documentação da esposa, porém no momento que vamos anexar o documento da esposa aparece uma crítica informando

Reabertura não permitida. O total de pagamento(s) efetivado(s) do sinistro já é igual ao valor máximo de indenização

Peço orientação de como resolver a situação.

No aguardo

Atenciosamente

Jane  
41-9 96864626  
83-9 99256034

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(MORTE - Herdeiro(a) maior de 18 anos)

### OUTORGANTE:

Nome: Baunita Maria da Silva Cortez

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: Casada

Identidade: 1755.3114

CPF: 081.608.574-97

Profissão: agricultora

Endereço: Sítio Bel. Maria, s/n, Zona Rural, Catolé do Rocha - PB,

HERDEIRO(A) LEGAL DA VÍTIMA: Juliano José Silva Cortez

Que foi vítima de Acidente de transito ocorrido em 03 / 06 / 2020, cujo falecimento em decorrência deste acidente se deu em 03 / 06 / 2020.

Nomeia e constitui como seu (sua) PROCURADOR(A):

### OUTORGADO(A):

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: SOLTEIRO

Identidade: 2001097006008 CPF: 973.419.833-53 PROFISSAO: EMPRESARIO.

Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS, SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem lhe confere PODERES ESPECÍFICOS PARA ATUAR JUNTO À:

1º Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e/ou quaisquer de suas Consorciadas, bem como junto à SUSEP, para: Ingressar com pedidos, requerimentos, reclamações, denúncias, realizar recursos administrativos e legais cabíveis, desistir, receber e solicitar informações e/ou documentos, originais ou em cópia, solicitar agendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias, ACOMPANHAR A REALIZAÇÃO DE SINDICÂNCIA/AUDITORIA, contestar pareceres ou solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, assinar o Formulário "Pedido do Seguro DPVAT", representando o(a) Outorgante em tudo o que lhe couber, com a FIM ESPECIAL de requerer a Indenização administrativa devida do SEGURO DPVAT nas coberturas de MORTE e/ou Reembolso de Despesas Médicas (DAMS), conforme prevê a Lei nº 6.194/74 e suas alterações;

2º Qualquer Seguradora, para, se for o caso: açãoar e ingressar com pedido de Indenização, acompanhar, realizar recursos, contestações, firmar acordos, receber quaisquer informações, assinar documentos, que sejam referentes à quaisquer Seguros de Vida, Pessoal, Empresarial, de Tercelro (RCF), Danos Corporais, Materiais e/ou quaisquer outras coberturas a que o(a) Outorgante eventualmente tenha direito em decorrência do Acidente/Sinistro acima;

3º INSS, para, se for o caso, Requerer Benefícios, revisão e interpor recursos, Cadastro de Senha para informações previdenciárias pela Internet e Requerimentos diários, fornecer laudos diversos, incluindo àqueles que necessitam da quebra de sigilo médico;

4º - Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar, SAMU, Bombeiros, Serviços de Resgate e à quaisquer Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Serviços de Saúde, para, se for o caso: Solicitar e receber cópias de quaisquer documentos e Informações, onde conste o nome da vítima, tais como Boletins de Ocorrência, Fichas de Atendimento Médico e de Urgência e Emergência, Prontuários e exames médicos de Internação e Ambulatoriais, em que o(a) Outorgante tenha registro, em decorrência do Acidente/Sinistro a que esta Procuração se refere;

5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

### LOCAL E DATA:

Sousa - PB 19/06/2020.

Baunita Maria da Silva Cortez  
Nome e Assinatura do(a) Outorgante  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: Adrianoaldo Lortex  
RG: 1.436.355 Orgão Emissor: SSP-PB CPF: 039.735.894-09  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado Profissão: engenheiro  
Endereço: Safra Del Marca Nº SN  
Bairro: Tonh Ruaap Cep: 58884-000 Cidade/UF: Catolé do Rocha - PB

**OUTORGADO:**

Nome: Carlos Ademir Viana Rinderer  
RG: 2000097006008 Orgão Emissor: SSP-CE CPF: 973.419.833-53  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado Profissão: Aut Endereço  
Rua José Faquinha de Lima Nº SN  
Bairro: Jardins Cep: 58800-000 Cidade/UF: Sousa - PB

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente:

Vítima: Adriano da Silva Lortex CPF: 093.848.974-77  
Data do Acidente: 03/06/2020 Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente  DAMS  Morte

Por ser **ANALFABETO** (a), nomeio a pessoa abaixo qualificada para assinar a meu Rogo:

Nome: Wesley Roque da Silva  
RG: 003488952 Orgão Emissor: Ditran - PB CPF: 125.503.584-65  
Endereço: Rua Otacílio Ramundo Viana Nº SN  
Bairro: Jd. Serritândia Cep: 58805-215 Cidade/UF: Sousa - PB

\*\* Todas as assinaturas presentes, deverão ser reconhecidas por autenticidades.

Sousa - PB 19/06/2020

Local e Data

Wesley Roque de Sousa  
Assinante à Rogo



Testemunha 1:

Adrianoaldo Lortex Euzebio Silva  
CPF: 083.837.044-61  
Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020

Testemunha 2:

Katia Shirley Araújo Ferreira  
CPF: 794.995.313-49  
Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua Presidente Castelo Branco, nº 840, bairro SAMARIS, SOANAS, Município de CATOLÉ DO ROCHA, Estado de(o) PB, CEP 58.884-000, portador(a) do RG nº 4449.199, SSP/PI e CPF nº 040.120.824-45

**Outorgado:** MANOEL Amilcar Vieira de Freitas, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado à Rua ALVARO AZARIAS, nº 161, bairro Centro, Município de CATOLÉ DO ROCHA, Estado de(o) PB, CEP 58.884-000, portador (a) do RG nº 2990073, SSP/PI e CPF nº 056.546.029-63

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) ADRIANO DA SILVA, falecido, ocorrido em 03/06/2010, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

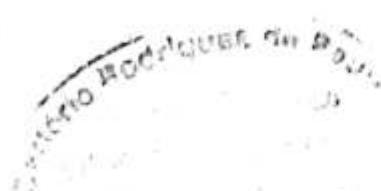
Processo de natureza 6bito

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Catolé do Rocha / PB, 26, de Junho, de 2020.

x Monalisa Gabreila Sousa Silva  
Outorgante  
CPF N° 040.120.824-45

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Selo Digital: AKE02618 - OBOT  
Autenticidade em:  
http://notariado.tjpb.jus.br

RECONHECIMENTO DE Firma: <u>Monalisa Gabreila Sousa Silva</u>	por autenticidade
26/06/2020	2020
Daniel Nildene de Souza	Foto - Titular
	Assinatura - Decrevedor

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170548/20

**Vítima:** ADRIANO DA SILVA CORTEZ

**CPF:** 093.848.974-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 03/06/2020

**Titular do CPF:** ADRIANO DA SILVA CORTEZ

**Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de óbito

Documentos de identificação

Outros

### CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

### LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ : 081.608.574-97

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

### QUERGINALDO CORTEZ : 037.735.894-09

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 19/06/2020  
Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
CPF: 973.419.833-53

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/06/2020  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL





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

---

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200220182**      **Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

**Data do Acidente: 03/06/2020**      **Cobertura: MORTE**

**Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ**

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



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200220182**

**Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

**Data do Acidente: 03/06/2020**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), QUERGINALDO CORTEZ**

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



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

---

**Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200220182**

**Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

**Data do Acidente: 03/06/2020**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ**

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





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

---

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200220182**

**Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

**Data do Acidente: 03/06/2020**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), QUERGINALDO CORTEZ**

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

**Rebedor: QUERGINALDO CORTEZ**

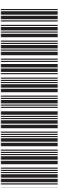
**Valor: R\$ 6.750,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000005774-6**

**Conta: 000006366-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200220182**

**Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

**Data do Acidente: 03/06/2020**

**Cobertura: MORTE**

**Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ**

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

**Recebedor: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ**

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

**Banco: 237**

**Agência: 000005774-6**

**Conta: 0000013884-3**

**Tipo: CONTA CORRENTE**



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Especifique(s) tipo(s) de cobertura:

 DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE Morte

2 - Número do ASI:

3 - CPF da vítima: 093.848.974-77

4 - Nome completo da vítima:

Adriano Valerio Silva Fontes

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

5 - Nome completo:

Wendyvaldo Cortez

6 - CPF:

037.735.894-09

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Bel Mano

9 - Número:

5A

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Bom Reino

12 - Cidade:

Catolé do Rocha

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58884-000

15 - E-mail:

verasdpvat@hotmail.com

16 - Telefone:

(83) 3559-1643-07

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 REUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00 CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abertos. Até hoje uma opção) CONTA CORRENTE (todos os bancos) Bradesco (207) Itaú (340)

Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA: 5774

6

CONTA: 000 6366

AGÊNCIA:

CONTA:

Inserir o dígito se existir

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base no documento médico apresentado sem a apresentação do laudo do IML, comprovando, desde já, ante me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora. Dizer para verificação da existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de acidente ou trânsito causado por veículo automotor, no termo e disposto na Lei 6.194/74.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compatriota(s):  Sim  Não

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

28 - Vítima  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Falecidos: 30 - Vítima deixou  Sim  Não

nascituro(s)/netos?

31 - Vítima  Sim  Não

leve imóveis?

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não

par/avôs/mães?

34 - Vítima deixou  Sim  Não

pais/avôs/pais?

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

123.503.584-68

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

Wendy Valerio de Souza

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

40 - Local e Data: São José - PB 19/06/2022

Nº

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dodarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CORPO DA VÍTIMA



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Adriano da Silva Cortez		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:		7 - Profissão:	
Monalisa Gabriela Souza Silva	070.120.824-45		Estudante	8 - Endereço:
7 - Bairro:	9 - Número:		10 - Complemento:	
Sandi Soares	870		Rua Presidente Castelo Branco	
11 - Cidade:	13 - Estado:		14 - CEP:	
Catolé do Rocha	PB		58.884-000	
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):			

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0585** | CONTA: **35.630** | Dígito: **1**  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ | CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
  - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	<b>03/06/2020</b>					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos, informar Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (viverá):	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 01 Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1º   Nome: <b>Justino de Freitas Figueiredo</b> CPF: <b>711.119.484.53</b> <b>Justino de Freitas Figueiredo</b> Assinatura da testemunha	39 - 2º   Nome: <b>Rodrigo Bento de Sousa Santos</b> CPF: <b>075.139.824.14</b> <b>Rodrigo Bento de Sousa Santos</b> Assinatura da testemunha		
40 - Local e Data, <b>Catolé do Rocha, 01/07/2020</b>	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPP.001 V002/2019

TESTEMUNHAS

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 308/2020

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data do fato: **03/06/2020** hora: **20H30MIN**

Notificante: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO (PROCURADOR)**, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Fortalozza-CE; nascido em 12/06/1982, documento: CPF 973.419833-53 RG 200109006008 SSP/CE, filho de Elida Maria Veras Pinheiro e de Carlos Emey Alves Pinheiro, endereço: Rua José Fagundes de Lira, s/n, Jardins, Sousa-PB, referência: tel.: 83 9 9107-2277.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

Vítima: **ADRIANO DA SILVA CORTEZ**, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Catolé do Rocha - PB, idade: \*\*\* \*\*\*, nascido em 13/09/1993, cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: Casado, Profissão: \*\*\*\*\*, Escolaridade: \*\*\*\*\* documento: CPF: 093.848.974-77, filiação: Querginaldo Cortez e de Laurita Maria da Silva Cortez, endereço: \*\*\*\*\* Distrito Coronel Maia, zona rural, Catolé do Rocha-PB, referência: \*\*\*. Tel/Cel:(\*\*) \*\*\*;

**HISTÓRICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima conduzia uma motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, de cor cinza, ANO/MODELO: 2008/2008, placa MOG 7405 - PB, CHASSI: 9C2KC08108BR281375, licenciada em nome da vítima, na PB 325, próximo ao Motel El Paraíso, Catolé do Rocha-PB, quando atravessou vários animais (vacas e bois) na pista, tendo a vítima colidindo com os mesmos caindo no asfalto; QUE a vítima foi socorrido pelo SAMU que o encaminhou para o Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB, onde veio a óbito por traumatismo craneo encefálico, fratura de traqueia, morte cerebral e falência múltiplas do órgãos, segundo a Certidão de óbito. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha-PB, 17 de junho de 2020. Às 10:22 horas.

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Matrícula: 168.447-7

<input type="checkbox"/> Tipo de óbito	<input type="checkbox"/> Data do óbito	Hora	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	<input type="checkbox"/> Naturalidade		
<input type="checkbox"/> Fetal	630640-02-2	10:07:00	1001765-2170006	Entidade no Exterior		
<input type="checkbox"/> Não Fetal				Município / UF (se estrangeiro informar País)		
<input type="checkbox"/> Nome do Falecido	José de Oliveira Coutinho					
<input type="checkbox"/> Nome do Pai	Joaquim José Coutinho					
<input type="checkbox"/> Data de nascimento	<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Nome da Mãe				
13-09-1943	<input type="checkbox"/> Anos completos	Menores de 1 ano	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Situação conjugal		
	<input type="checkbox"/> Meses	Dias	<input type="checkbox"/> M - Mas.	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	
	<input type="checkbox"/> Horas		<input type="checkbox"/> F - Fem.	<input type="checkbox"/> Puxa	<input type="checkbox"/> Divorciado	
	<input type="checkbox"/> Minutos		<input type="checkbox"/> I - Ignorado	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> União estável	
				<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Branca	
					<input type="checkbox"/> Negra	
<input type="checkbox"/> Nível	<input type="checkbox"/> Série	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual	<input type="checkbox"/> Código CBO 2002			
<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Ignorado	(Inserir anterior, se aposentado / desempregado)				
<input type="checkbox"/> Fundamental (1º a 4º Série)	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5º a 8º Série)	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Ignorado					

Residência	[15] Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	Número		Complemento	UF		
	<i>20701-001 - UNIA</i>				<i>65884-000</i>		
[17] Bairro/Distrito	Código	[18] Município de residência	Código	UF			
<i>30140-0000</i>		<i>20701-30 - RIO GRANDE</i>		<i>RG</i>			
[20] Local de ocorrência do óbito	[21] Estabelecimento				Código CNES		
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Outros estab. saúde	<input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Via pública	<input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Aldeia Indígena	Ignorado	<i>20701-001 - UNIA</i>			
[22] Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)					Número	Complemento	CEP
<i>20701-001 - UNIA</i>					<i>669</i>		<i>65884-000</i>
[24] Bairro/Distrito	Código	[25] Município de ocorrência	Código	UF			
<i>20701-001 - UNIA</i>		<i>20701-30 - RIO GRANDE</i>		<i>RG</i>			

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE											
27 Idade (anos)	28 Escolaridade (última série concluída) Nível			29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)			Código CBO 2002				
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Fundamental I (1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> Série)	<input type="checkbox"/> Fundamental II (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> Série)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2 <sup>o</sup> grau)	<input type="checkbox"/> Superior Incompleto	<input type="checkbox"/> Superior completo	Série	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> Ignorado	
30 Número de filhos tidos			31 N° de semanas de gestação			32 Tipo de gravidez			33 Tipo de parto		
Nascidos vivos	Perdas fetais/abortos					1 <input type="checkbox"/> Única	1 <input type="checkbox"/> Vaginal		1 <input type="checkbox"/> Antes	2 <input type="checkbox"/> Durante	3 <input type="checkbox"/> Depois
—	—	—	—	—	—	2 <input type="checkbox"/> Dupla	2 <input type="checkbox"/> Cesáreo	9 <input type="checkbox"/> Ignorado			
99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorada	99 <input type="checkbox"/> Ignorado				
34 Morte em relação ao parto						35 Peso ao nascer					
1 <input type="checkbox"/> Antes			2 <input type="checkbox"/> Durante			3 <input type="checkbox"/> Depois			9 <input type="checkbox"/> Ignorado		
36 Número da Declaração de Nascido Vivo											

<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>		<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>	<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO</b>
<b>37 A morte ocorreu:</b> <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		<b>38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	<b>39 Necropsia?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado
<b>40 CAUSAS DA MORTE</b> <b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.		<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b> <i>TRAVESMO ORXANO FACCIAL</i> Devido ou como consequência de: <i>TRAVESTI &gt; TRAVESTI</i> . Devido ou como consequência de: <i>HASTE CEREBRAL</i> Devido ou como consequência de: <i>HIGIENCA &gt; Multifilos 026903</i>	
		Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID
<b>PARTE II</b> Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na causa acima.			

<b>VI</b>	<b>Médico</b>	<b>41</b> Nome do Médico <i>Silviano Antônio S. Nunes</i>	<b>42</b> CRM <i>9-64</i>	<b>43</b> Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente      4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto      5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML	<b>44</b> Município e UF do SVO ou IML <i>UF de S. Nunes</i>
		<b>45</b> Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	<b>46</b> Data do atestado	<b>47</b> Assinatura	

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
<b>40) Tipo</b>	<b>41) Ignorado</b>	<b>42) Acidente do trabalho</b>	<b>43) Ignorado</b>	<b>44) Fonte da informação</b>
<input type="checkbox"/> 1) Acidente	<input type="checkbox"/> 2) Homicídio	<input type="checkbox"/> 3) Sim	<input type="checkbox"/> 1) Ocorrência Policial Nº _____	
<input type="checkbox"/> 2) Suicídio	<input type="checkbox"/> 4) Outros	<input type="checkbox"/> 2) Não	<input type="checkbox"/> 2) Hospital	
<b>45) Descrição sumária da morte:</b>		<input type="checkbox"/> 3) Família	<input type="checkbox"/> 4) Outra	

VII	Causas e descrição sumária do evento	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência
		<input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comerc. <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada
	<b>ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA</b>	Número      Bairro      Município      UF
	<b>52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)</b>	
	<b>53 Cartório</b>	

VIII	<input type="checkbox"/> Cartório	<input type="checkbox"/> Código	<input type="checkbox"/> Registro	<input type="checkbox"/> Data
	<input type="checkbox"/> Municipio			
	<input type="checkbox"/> Declarante			
		<input type="checkbox"/> Testemunhas		
		A		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

Cartório Distrital de Cel Maia

CARTÓRIO DISTRITAL DE CEL MAIA

Distrital de Cel Maia, Catolé do Rocha-PB

GUIA DE SEPULTAMENTO



Termo Nº: 395 Livro nº:C-00002 Folha nº: 69

Nome: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Endereço: Distrito de Coronel Maia, Zona Rural, CEP: 58884-000, na cidade de Catolé do Rocha-PB

Data Nascimento: 13/09/1993

Data Obito: 03/06/2020

Filiação: QUERGINALDO CORTEZ

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Profissão: Desempregado

Sepultamento: Cemitério do Sítio Coronel Maia, Município de Catolé do Rocha-PB, Catolé do Rocha-PB.

Catolé do Rocha-PB, 4 de junho de 2020

*Francisco das Chagas Silva*  
Francisco das Chagas Silva  
Oficial do Registro Civil

Francisco das Chagas Silva  
Oficial do Registro Civil  
CPP: 414.009.004-31





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 308/2020

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data do fato: **03/06/2020** hora: **20H30MIN**

Notificante: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO (PROCURADOR)**, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Fortalozza-CE; nascido em 12/06/1982, documento: CPF 973.419833-53 RG 200109006008 SSP/CE, filho de Elida Maria Veras Pinheiro e de Carlos Emey Alves Pinheiro, endereço: Rua José Fagundes de Lira, s/n, Jardins, Sousa-PB, referência: tel.: 83 9 9107-2277.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

Vítima: **ADRIANO DA SILVA CORTEZ**, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Catolé do Rocha - PB, idade: \*\*\* \*\*\*, nascido em 13/09/1993, cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: Casado, Profissão: \*\*\*\*\*, Escolaridade: \*\*\*\*\* documento: CPF: 093.848.974-77, filiação: Querginaldo Cortez e de Laurita Maria da Silva Cortez, endereço: \*\*\*\*\* Distrito Coronel Maia, zona rural, Catolé do Rocha-PB, referência: \*\*\*. Tel/Cel:(\*\*) \*\*\*;

**HISTÓRICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima conduzia uma motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, de cor cinza, ANO/MODELO: 2008/2008, placa MOG 7405 - PB, CHASSI: 9C2KC08108BR281375, licenciada em nome da vítima, na PB 325, próximo ao Motel El Paraíso, Catolé do Rocha-PB, quando atravessou vários animais (vacas e bois) na pista, tendo a vítima colidindo com os mesmos caindo no asfalto; QUE a vítima foi socorrido pelo SAMU que o encaminhou para o Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB, onde veio a óbito por traumatismo craneo encefálico, fratura de traqueia, morte cerebral e falência múltiplas do órgãos, segundo a Certidão de óbito. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha-PB, 17 de junho de 2020. Às 10:22 horas.

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
ROBSON LIMA SILVA - ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL  
Matrícula: 168.447-7

<input type="checkbox"/> Tipo de óbito	<input type="checkbox"/> Data do óbito	Hora	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	<input type="checkbox"/> Naturalidade		
<input type="checkbox"/> Fetal	630640-04-2	10:00	1001765 2170006	Entidade no Exterior		
<input type="checkbox"/> Não Fetal				Município / UF (se estrangeiro informar País)		
<input type="checkbox"/> Nome do Falecido	José de Oliveira Coutinho					
<input type="checkbox"/> Nome do Pai	Joaquim José Coutinho					
<input type="checkbox"/> Data de nascimento	<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Nome da Mãe				
13-09-1943	<input type="checkbox"/> Anos completos	Menores de 1 ano	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Situação conjugal		
	<input type="checkbox"/> Meses	Dias	<input type="checkbox"/> M - Mas.	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	
	<input type="checkbox"/> Horas		<input type="checkbox"/> F - Fem.	<input type="checkbox"/> Puxa	<input type="checkbox"/> Divorciado	
	<input type="checkbox"/> Minutos		<input type="checkbox"/> I - Ignorado	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> União estável	
				<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Branca	
					<input type="checkbox"/> Negra	
<input type="checkbox"/> Nível	<input type="checkbox"/> Série	<input type="checkbox"/> Ocupação habitual	<input type="checkbox"/> Código CBO 2002			
<input type="checkbox"/> Sem escolaridade	<input type="checkbox"/> Ignorado	(Inserir anterior, se aposentado / desempregado)				
<input type="checkbox"/> Fundamental (1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> Série)	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Fundamental II (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> Série)	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2 <sup>o</sup> grau)	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Superior incompleto	<input type="checkbox"/> Ignorado					
<input type="checkbox"/> Superior completo	<input type="checkbox"/> Ignorado					

<b>Residência</b>	<b>13) Logradouro (rua, praça, avenida, etc)</b>	<b>14) Número</b>	<b>15) Complemento</b>	<b>16) UF</b>
	287010-001. MAIA			15884.000
<b>17) Bairro/Distrito</b>	<b>18) Código</b>	<b>19) Município de residência</b>	<b>20) Código</b>	<b>21) UF</b>
287010-001. MAIA		287010-30. RIOGRANDE		RN

<b>20) Local de ocorrência do óbito</b>	<b>21) Estabelecimento</b>	Código CNES
<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro estab. saúde <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Aldeia <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado		

Ocorrência	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)	Número	Complemento	23 CEP
	<i>R. SISTEMA FÍSICO</i>	<i>669</i>		<i>68384-000</i>
24 Bairro/Distrito	Código	25 Município de ocorrência	Código	26 UF
<i>CENTRO</i>		<i>RODRIGO SOUZA</i>		<i>ES</i>

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE

IV

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
<b>27</b> Idade (anos)	<b>28</b> Escolaridade (última série concluída) Nível	<b>29</b> Ocupação habitual (Inserir anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002	
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Superior completo	Série		
<b>30</b> Número de filhos tidos Nascidos vivos	<b>31</b> Nº de semanas de gestação	<b>32</b> Tipo de gravidez	<b>33</b> Tipo de parto	<b>34</b> Morte em relação ao parto
—   —	—   —	—   —	—   —	1 <input type="checkbox"/> Antes      2 <input type="checkbox"/> Durante      3 <input type="checkbox"/> Depois      9 <input type="checkbox"/> Ignorado
99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorado	99 <input type="checkbox"/> Ignorada	99 <input type="checkbox"/> Ignorada	<b>35</b> Peso ao nascer
				<b>36</b> Número da Declaração de Nascido Vivo
				Gramas

Condições e causas do obesidade

<b>ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL</b>		<b>ASSISTÊNCIA MÉDICA</b>	<b>DIAGNÓSTICO CONFIRMADO P</b>
<p><input checked="" type="checkbox"/> A morte ocorreu:</p> <p><input type="checkbox"/> Na gravidez    <input type="checkbox"/> No abortamento    <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação</p> <p><input type="checkbox"/> Na parto    <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação    <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos</p>		<p><input type="checkbox"/> Ignorado    <input checked="" type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Ignorado</p>	<p><input type="checkbox"/> Necropsia?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim    <input type="checkbox"/> Não    <input type="checkbox"/> Ignorado</p>

V

<b>40) CAUSAS DA MORTE</b>	<b>ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA</b>	<b>Tempo aproximado entre o início da doença e a morte</b>
<b>PARTE I</b> Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	<b>a) TUMOR NO CRÂNIO FACCIAL</b>	CID
	- Devido ou como consequência de:	
<b>CAUSAS ANTECEDENTES</b> Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	<b>b) TRITURAÇÃO DE FEGUEIRA.</b>	
	- Devido ou como consequência de:	
	<b>c) INFEÇÃO CEREBRAL</b>	
	- Devido ou como consequência de:	
	<b>d) HIGIENE &gt; Multiflos 026803</b>	

vi

41 Nome do Médico <i>BRÉFIS + MARIO S. NUNES</i>	42 CRM <i>9164</i>	43 Óbito atestado por Médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente    4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto    5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML	44 Município e UF do SVO ou IML UF <i>S. de S. Nunes</i>
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	46 Data do atestado	47 Assinatura	

vii

PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)									
<b>46</b> Tipo	<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Homicídio	<input type="checkbox"/> Ignorado	<b>47</b> Acidente do trabalho	<input type="checkbox"/> Sim	<b>50</b> Fonte da informação			
	<input type="checkbox"/> Suicídio	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado	<input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº _____			
<b>51</b> Descrição sumária da morte	<i>(Preencher com o que se sabe sobre a causa da morte)</i>								
	<i>(Preencher com o que se sabe sobre a causa da morte)</i>								

viii

52) Descrição sumária do evento		Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência			
		<input type="checkbox"/> 1) Via pública	<input type="checkbox"/> 4) Estabelecimento comerc.		
		<input type="checkbox"/> 2) Endereço de residência	<input type="checkbox"/> 5) Outros		
		<input type="checkbox"/> 3) Outro domicílio	<input type="checkbox"/> 6) Ignorada		
53) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		Número	Bairro	Município	UF
55) Cartório		Código	54) Registro	56) Data	
56) Município					

## **59 Testemunhas**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

Cartório Distrital de Cel Maia

CARTÓRIO DISTRITAL DE CEL MAIA

Distrital de Cel Maia, Catolé do Rocha-PB

GUIA DE SEPULTAMENTO



Termo Nº: 395 Livro nº:C-00002 Folha nº: 69

Nome: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Endereço: Distrito de Coronel Maia, Zona Rural, CEP: 58884-000, na cidade de Catolé do Rocha-PB

Data Nascimento: 13/09/1993

Data Obito: 03/06/2020

Filiação: QUERGINALDO CORTEZ

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Profissão: Desempregado

Sepultamento: Cemitério do Sítio Coronel Maia, Município de Catolé do Rocha-PB, Catolé do Rocha-PB.

Catolé do Rocha-PB, 4 de junho de 2020

*Francisco das Chagas Silva*  
Francisco das Chagas Silva

Oficial do Registro Civil

Francisco das Chagas Silva

Oficial do Registro Civil

CPF: 414.669.604-31

