



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Casamento

NOMES

ADRIANO DA SILVA CORTÊZ

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 CORTÊZ, nascido em treze de setembro de um mil novecentos e noventa e três (13/09/1993), natural de Catolê do Rocha-PB, brasileiro. Filho de QUERGINALDO CORTÊZ e LAURITA MARIA DA SILVA CORTÊZ.

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 Catolê do Rocha-PB, brasileira. Filha de CLÁUDIO AURELIO DE OLIVEIRA e de RUBIANIA DE SOUSA SANTOS.

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

dezoito 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

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

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.do Rocha, 06/07/2020, A.F.G.Martins.



Cartório do Registro Civil

Aidenora Fernandes Gadelha Martins - Oficial do Registro Civil

Catolê do Rocha-PB

Av. Venâncio Neiva, S/N, Centro Catolê do Rocha-PB - CEP 58884000

Fone: (83) 3441 - 1218 E-mail: cartorioregistrocivil@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe.

Catolê do Rocha-PB, 05 de julho de 2020

Kílvia Pereira de Araújo Gadelha
Kílvia Pereira de Araújo Gadelha
Oficial Substituta

Selo Digital: AKB00959-867C

Consulte a autenticidade em:

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

Emolumentos e taxas: R\$ 17,00



AA 000077904

Associação dos Notários e Registradores
do Estado do Rio Grande do Norte



EM BRANCO

EM BRANCO

DETALHAMENTO DA MATRICULA

Matricula	0010830195 1987 1 0001 050 0006533 31	ce (35)	Tipo de Serviço Prestado, sendo: S1: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	rrr (0033)	Número do Livro
Padrão	aaaaabbbcc dddd e fff ggg hhhhhh ii	dódd (1987)	Ano do Registro	ggg (050)	Número da Folha
DETALHAMENTO					
aaaaaa (antes 3)	Código Nacional da Servidão	e (1)	Tipo de Livro, segundo: 1: Livro A (Matrimonial) 2: Livro B (Casamento) 3: Livro C (Separação) 4: Livro D (Divórcio) 5: Livro E (Morte) 6: Livro F (Interdição) 7: Livro G (Outros)	hhhhhh (0000533)	Número do Termo
bb (01)	Código do Ato, sendo: 01: Ato de Registro 02: Ato de Alteração 03: Ato de Cancelamento	4: Livro G (Outros)	5: Livro H (Outros)	ii (31)	Dígito Verificador

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais



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

Catolê 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 Catolê 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 Catolê do Rocha-PB no município de Catolê do Rocha-PB

CAUSA DA MORTE

Traumatismo craneo encefálico, Fratura de traqueia, Morte cerebral, Falência de múltiplos órgãos.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

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

DECLARANTE

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



Cartório Distrital de Cel Maia
Francisco das Chagas Silva
Distrito de Coronel Maia-PB

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

Francisco das Chagas Silva
Oficial de Registro Civil
CPF: 414.000.000-00

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

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

Francisco das Chagas Silva

Francisco das Chagas Silva
Oficial do Registro Civil



Selo Digital: **AFC44140-5M14**

Consulte a autenticidade em:
<https://autodigital.jus.br>
Documento válido por: \$ 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

Catolê 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 Catolê 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 Catolê do Rocha-PB no município de Catolê do Rocha-PB

CAUSA DA MORTE

Traumatismo craneo encefálico, Fratura de traqueia, Morte cerebral, Falência de múltiplos órgãos.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

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

DECLARANTE

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



Cartório Distrital de Cel Maia
Francisco das Chagas Silva
Distrito de Coronel Maia-PB

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

Francisco das Chagas Silva
Oficial de Registro Civil
CPF: 414.000.000-00

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

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

Francisco das Chagas Silva

Francisco das Chagas Silva
Oficial do Registro Civil



Selo Digital: **AFC44140-5M14**

Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.jus.br>
Documento válido por: \$ 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: 000000006366-5

Nr. Autenticação

BRDESCO0607202005000000000023705774000000006366675000 PAGO

BOLETO PARA PAGAMENTO

Entregue este boleto fiscal.

Guarde-o: isto é comprovante de entrega.

Valor para depósito: pagamento da nota fiscal de energia elétrica - N° 012.738.385



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc.Est. 15.015.823-0

Nome do Titular
LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ
CPF 001.608.574-97
Endereço
SIT CEL MAIA S/N - AREA RURAL - CATOLE DO ROCHA / PB

Código de Verificação
5/660327-8

Período de Cobrança ABR/2020	Data de Vencimento 27/04/2020	Valor em Dólares 74	Data de Pagamento 05/05/2020	Valor Pago R\$ 66,91
--	---	-------------------------------	--	--------------------------------

Acesse: www.energisa.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 - AREA RURAL - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000					
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago	
26249120014928449	000660327202004	05/05/2020	R\$ 66,91		
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				08.095.183/0001-40	
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680					
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3					

BOLETO PARA PAGAMENTO

Entregue este boleto fiscal.

Exibindo este é responsável de emitir.

Valor para depósito pago em nome da empresa ENERGISA S/A - Nº 042.738.385



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183 / 0901-40 Insc.Est. 15.015.823-0

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ
SIT CEL MAIA S/N
CATOLE DO ROCHA

Nr. Documento para Pagamento
5/660327-8

ABR/2020 27/04/2020 74 05/05/2020 R\$ 66,91

Acesse: www.energisa.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 - AREA RURAL - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014928449	000660327702004	05/05/2020	R\$ 66,91	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				

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

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

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

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

Eu, Carlos Ademir Elias Vinheiro

RG nº 2202097-006008, 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 Faquinhos de Lima</u>
Número	<u>SN</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Queto Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99919-43-07</u>
E-mail	<u>vera-oliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

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

C. L. P. L. V. M. P. V.

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

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

26/05/2020

CONSUMO

458

VENCIMENTO

26/06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 278,76

Acesse: 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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120016084393	001762903202005	26/06/2020	R\$ 278,76	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
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

JUN/2020

APRESENTAÇÃO

09/06/2020

CONSUMO

86

VENCIMENTO

17/06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 22,68

Acesse: 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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120016603449	001796702202006	17/06/2020	R\$ 22,68	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
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: **ROBERGUIA DE SOUSA SANTOS**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/06/2005**

Digito 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 DIRETO

Justino de Freitas Figueiredo
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
SERIAL
NOME

002.310.690

DATA DE
EXPIRAÇÃO

26/12/2001

JUSTINO DE FREITAS FIGUEIREDO

FILIAÇÃO

OLINDINO DE FIGUEIREDO
MARIA VERAS DE FREITAS

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CATOLÉ DO ROCHA PB

05/09/1965

DOC. ORDEM

NASCIM LA008 F-092 RG-007349

CATOLÉ DO ROCHA PB

01 CARTORIO

CPF 711.119.484-53

131100 5

Ana Dulce da Veiga Bezerra

Sub - Coordenadora

Calçó - RN

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 56.015-570 - CNPJ: 09.123.864/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

717.52349

REFERÊNCIA

FEV/2020

1. CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SIMONE XAVIER DA SILVA

RUA PROJETADA, SN - 1º ANDAR - EMBOCA BREJO DO
CRUZ, PB 58890-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
107.001.525.0151.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X308614	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
NOV/2019	4	CLORO	0	0
OUT/2019	6	COL. TERMOF.	0	0
SET/2019	5	COR	0	0
AGO/2019	3	COL. TOTAIS	0	0
MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 19/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 10:56:18

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 08/2019		0,75
JUROS DE HORA 08/2019		1,50
FATURAS EM ATRASO		
REF 201901 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



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

DI/P-145



Robérquia de Sousa Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO

GENÉRI

NOME

8336050

21 JUN 2005

ROBÉRGUIA DE SOUSA SANTOS.

EM ACAD

Egídio Leite dos Santos.

Raimunda Deuzuite de Sousa Santos.

Catolé do Rocha-PB

19-NOV-1978

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

DOU ORIGEM

C.Nasc.6.971-Fls.297-Liv.A-07

Cart de Catolé do Rocha-PB

CPF

E. M. M. Santos

JOSE PEREIRA

TPB

ASSINATURA DO DETECTOR

LEI N° 7.110 DE 29/09/83



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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1506 / 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 55

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/BIB/OTECAWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 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

Guerginaldo Cortez inscrito (a) no CPF sob o nº **037.735.894/09**

do sinistro de DPVAT cobertura **morte** da vítima **Adriano da Silva Cortez**

inscrito (a) no CPF sob o nº **093.898.974/37**, 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. 298 do Código Penal.

Endereço: **RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA**

Número: **SN** Complemento: _____

Bairro: **JARDINS**

Cidade: **SOUSA**

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

E-mail: **verasdpmat@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 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: 4020-1896 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 51 89 | SAC (para defeitos no produto e defeitos): 0800 022 12 06 | Central Ouidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TPQ=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. Este 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, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. F. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF: ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

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

Acunata Maria da Silva Cortez inscrito (a) no CPF sob o nº 081.608.574/97

do sinistro de DPVAT cobertura morte da vítima Adriano da Silva Cortez

inscrito (a) no CPF sob o nº 093.848.974 / 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 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. 299 do Código Penal.

Endereço: **RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA**

Número: **SN** Complemento: _____

Bairro: **JARDINS**

Cidade: **SOUSA**

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

E-mail: **verasdpmat@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 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/BIBLIOTECABEB/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. 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEDER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCELO ANDRÉ VIEIRA DE FREITAS

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 056.546.024 / 63 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.120.824/45

do sinistro de DPVAT cobertura Óbito da Vítima ADRIANO DA SILVA CORTEZ

inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.848.944 / 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: <u>RUA ÁLVARO ALMEIDA</u>	Número: <u>261</u>	Complemento: <u>Escritório</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>CATOLÉ DO ROCHA</u>	Estado: <u>PR</u>
E-mail: <u>marceloph-vieira@hotmail.com</u>	CEP: <u>58.884-000</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 99604-5145</u>

Local e Data: CATOLÉ DO ROCHA PR, 26/06/2020

MARCELO ANDRÉ VIEIRA DE FREITAS

Assinatura do Declarante

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - R.R. do anexo do ASL: 3 - CPF da vítima: 093.848.974-77 4 - Nome completo da vítima: Adriano da Silva Pontez

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

5 - Nome completo: Queriquinaldo Cortez 6 - CPF: 037.735.894-09
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Bel Mar 9 - Número: 500 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Catolê do Rocha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58884-000
15 - E-mail: viraadpva@hormail.com 16 - Telefone: (83) 99918-43-07

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ REPRESENTANTE LEGAL ☐ BENEFICIÁRIO ☐ TUTOR ☐ CURADOR

☒ CONTA POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5774 6 CONTA: 0006366 5
(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 da 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, comprovando, desde já, a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora. Uso para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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 discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Monalisa Gabriela Sousa Silva
26 - Vítima teve filhos? ☒ Não 27 - Se tinha filhos, informar vivos: 0 falecidos: 0 28 - Vítima deixou pais/avós/vivos? ☒ Não 29 - Se tinha irmãos, informar vivos: 0 falecidos: 0 30 - Vítima deixou irmãos? ☒ Não 31 - Se tinha irmãos, informar vivos: 0 falecidos: 0 32 - Vítima deixou pais/avós/vivos? ☒ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar): Wladimir da Silva
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar): 125.503.584-68

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar): Wladimir da Silva

38 - 1ª Nome: Raimundo da Silva
CPF: 080.857.044-68

Assinatura da testemunha: Raimundo da Silva

39 - 2ª Nome: Katia Shirley Praxedes Ferreira
CPF: 797.995-313-49

Assinatura da testemunha: Katia Shirley Praxedes Ferreira

40 - Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dodazante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAAIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

7 - Nº do sinistro ou ASL: 2 - CPF da vítima: 093.848.979-77 4 - Nome completo da vítima: Adilson da Silva Cortez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Ana Maria da Silva Cortez 8 - CPF: 081.608.574-97

7 - Profissão: agricultora 9 - Número: 301 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Catolé - do Rocha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58884-000

15 - E-mail: anasdpvata@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (83) 99919-43-07

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SFM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS BANCÁRIOS: ☒ BANCO DO BRASIL ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL ☐ OUTRO

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos acima. Anexe uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 3918 CONTA: 9913 5

(informar o dígito de edição) (informar o dígito de edição) (informar o dígito de edição) (informar o dígito de edição)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a 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 no seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação e assistência à qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE LÍMICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Nacional ☒ Estrangeiro 24 - Nome: ☐ Nacional ☒ Estrangeiro

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☒ Mãe 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou outro beneficiário, informar o nome completo: Monaliza Gabriela Sousa Silva

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou nascer ou nasceu? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - Última doença: ☐ Sim ☒ Não

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

34 - Local e Data: Sousa - PB 08/06/2020

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar): Ana Maria da Silva Cortez

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar): 081.608.574-97

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar): Ana Maria da Silva Cortez

38 - 1ª Nome: Wilney Rangel da Silva CPF: 125.303.584-65

39 - 2ª Nome: Kátia Shirley Araújo Lima CPF: 797.995.313-49

40 - Local e Data: Sousa - PB 08/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Ana Maria da Silva Cortez

42 - Assinatura do Procurador (se houver): Kátia Shirley Araújo Lima

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Ana Maria da Silva Cortez

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALIABILITADO

TESTEMUNHA

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

© 2004 CASA DA MÚLTIPLA IMAGEM

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

03/05/2017

1.416.355 -2 VIA

NOME

QUERGINALDO CORTEZ

FILIAÇÃO

MARIA ROSALINA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

04/08/1957

PATU-RN

DOC ORIGEM

CASAM N. 1849 FL. 11V LIV. B5
CPF CARTORIO CATOLÉ DO ROCHA-PB

037.735.894-09

João Pessoa

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/08/83

Ident. Civil e Criminal

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL • 906
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



ASSINATURA DO TITULAR

Paulina Maria da Silva Alves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CLASSE DA MENSURA DO BRASIL

conforma a Lei nº 6.194/74 e suas alterações.

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

1.755.144 - 2 VIA

11/02/2008

NOME

LAURITA MARIA DA SILVA CORTÊZ

FILIAÇÃO

RAIMUNDO RUFINO DA SILVA
RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CATOLE DO ROCHA-PB

05/06/1953

DOC ORIGEM

CASAM N.1849 FLS.11 LIV.5

CPF

CARTORIO C ROCHA-PB

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.446 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



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1674155790

NOME
CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO



DOC. IDENTIDADE / CDT. PASSADIM
2001097006008 SSPCS CE

CPF
973.419.833-53 DATA NASCIMENTO
12/06/1982

FUNÇÃO
CARLOS EMEY ALVES
PINHEIRO
ELIDA MARIA VERAS
PINHEIRO

PERMISSÃO ACC CATIA
AB

Nº REGISTRO
04522361397

VALIDADE
12/02/2024

1ª VALIDADE
29/11/2008

OBSERVAÇÕES



CL ALVES

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SOUSA, PB

DATA EMISSÃO
15/02/2019

Foralok

64891656868
PD038419890

ASSINATURA DO EMISSOR

PARAÍBA

PROIBIDO PLASTIFICAR

1674155790



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 LV A - A-4 FLS 105 - 18/03/1994 - DIST.

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

LEI Nº 2.048, DE 18 DE MAIO DE 1988

CPF: 083.848.974-77

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

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


Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

160.16659.38-7

NÚMERO

4250541

SÉRIE

003-0

UF

PB

Edniriano 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 CATOLÉ DO ROCHA-PB DATA DE NASCIMENTO 24/01/1999

DOC ORIGEM CASAM N.12549 FLS.188 LIV.B25 CARTORIO CATOLÉ DO ROCHA-PB

CPF 070.120.824-45

2000 Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

Assinatura de 1999 de 1998/83

Cartão de Identificação

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Monalisa Gabriela S. Silva




SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ESTADO DA PARAÍBA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02

P-145



ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
MARCELO ANDRADE VIEIRA DE FREITAS

FILIAÇÃO
MANOEL VIEIRA DE FREITAS
RITA DE CASSIA ANDRADE DE FREITAS

NATURALIDADE
CATOLÉ 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 EXPEDIDO EM
01 12/01/2016


PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:

22111

GB

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

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13024095

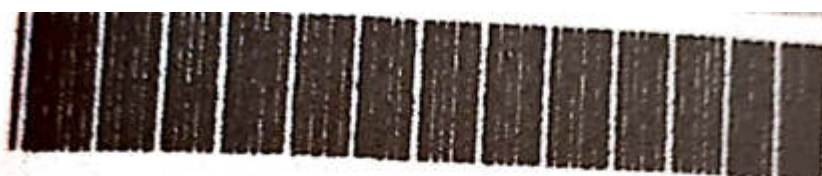


ASSINATURA DO PORTADOR

Marcelo Andrade Vieira de Freitas

OBSERVAÇÕES





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 LV A - A-4 FLS 105 - 18/03/1994 - DIST.

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

LEI Nº 2.048, DE 18 DE MAIO DE 1988

CPF: 083.848.974-77

CNH:

TTT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

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


Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

160.16659.38-7

NÚMERO

4250541

SÉRIE

003-0

UF

PB

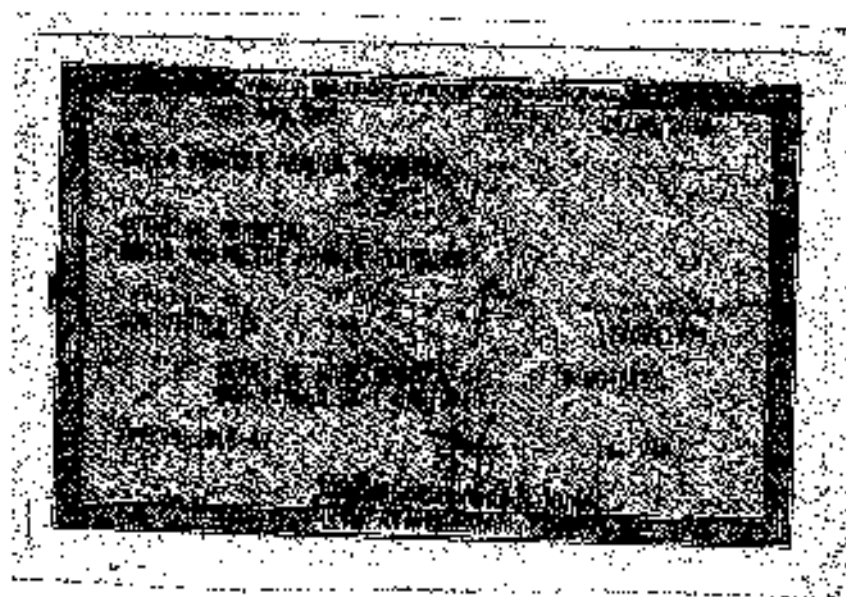
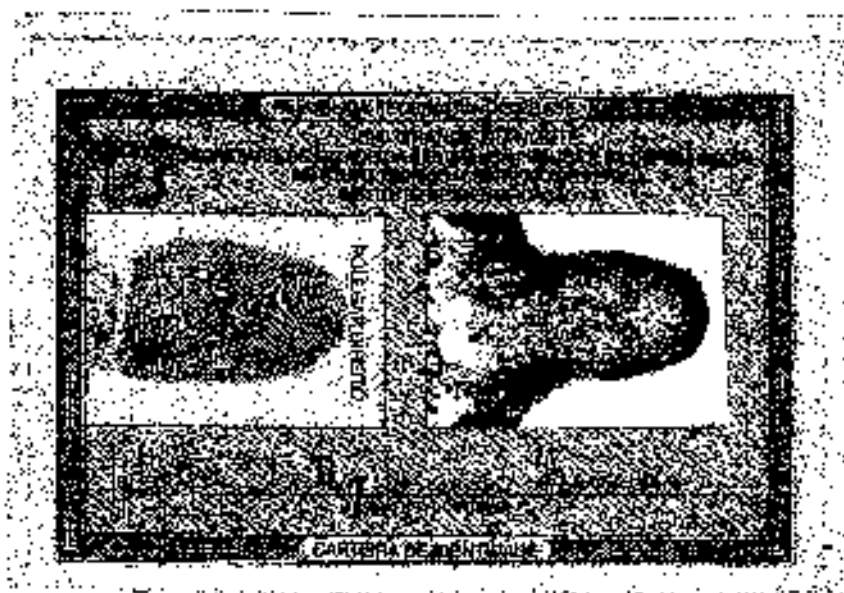
Edniriano da Silva Costa

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO







REDACTED

energisa

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

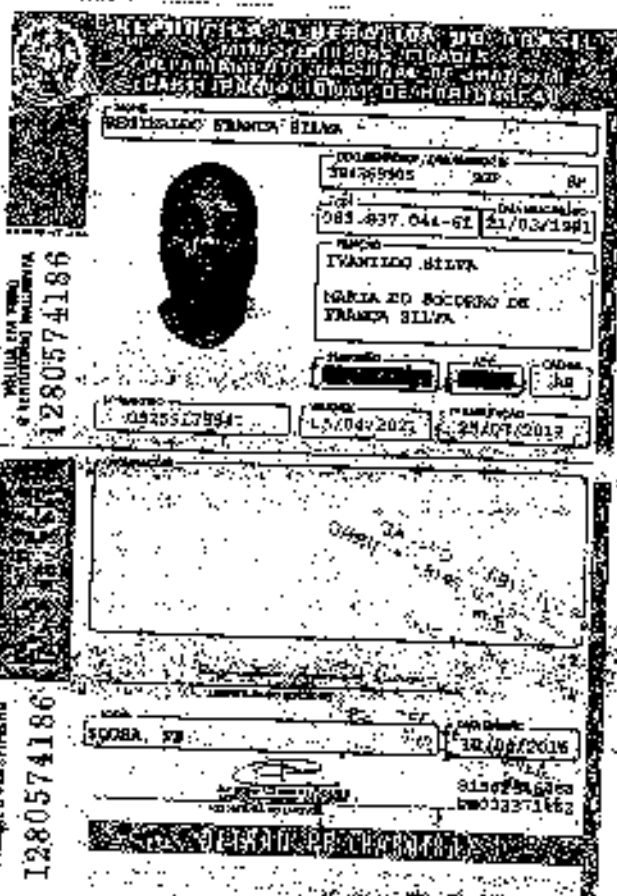
REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED

REDACTED



BOLETO PARA PAGAMENTO

SELAR MONTES - ENERGISA PARÁIBA

Consultar o site: www.energia.com.br

Boleto para Pagamento - para depósito em sua fatura de energia elétrica - Nº 025.411.705



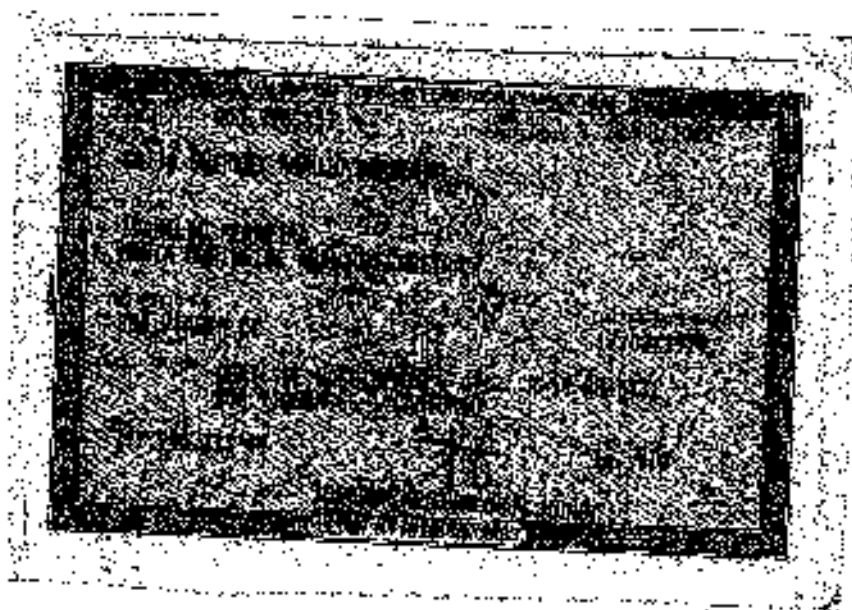
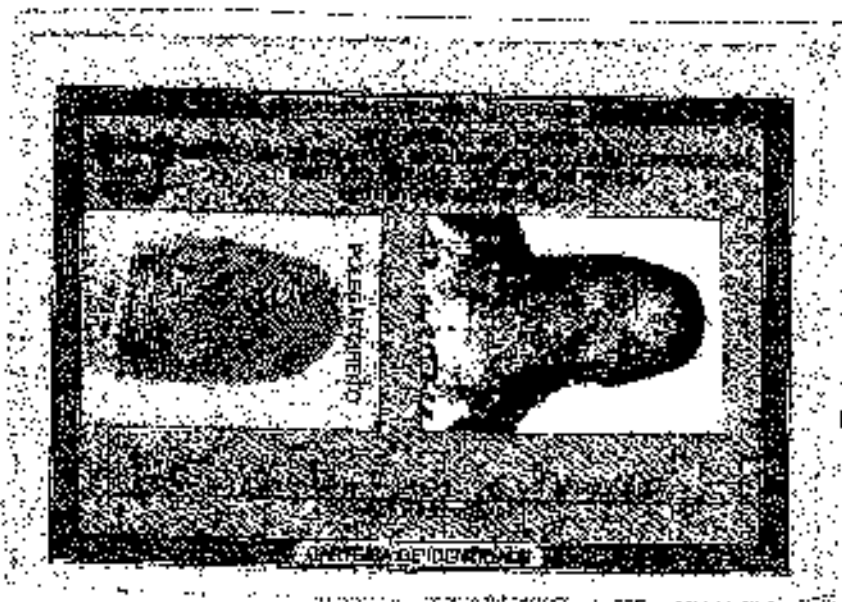
ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-600
CNPJ 09.025.411/0001-05 - Inscrição 14.316.201-0



Atendimento: www.energia.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.812088 01943.637171 1 790500000003632				
Pagador: GERALDA MARIA PEREIRA DA SILVA CNPJ/CNP: 040.911.334-65				
RUA GERALDO GONCALVES SARMENTO 611 CASA F - MARIA RACHEL - SOUSA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001843637	001712821201905	30/05/2019	R\$ 30,32	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.				09.095.103/0001-43
SR230 KM 26, 5 4 - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-600				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				





Energy

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/1558307-3

[illegible]

1. Das Ziel der Arbeit ist es, die Bedeutung der ...
 2. ...
 3. ...
 4. ...
 5. ...
 6. ...
 7. ...
 8. ...
 9. ...
 10. ...

[illegible]

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 cônica.

Atenciosamente

Katiana Matos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



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

Ronald
Bom dia

Solicito cadastramento 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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



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@seguradoralider.com.br>

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

Para: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>; Arthur Froes

<arthur.froes@seguradoralider.com.br>

Cc: KATIANA DOS SANTOS MATOS <katiana.matos@seguradoralider.com.br>; Lia Nazareth

<lia.nazareth@seguradoralider.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@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4749



www.seguradoralider.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@seguradoralider.com.br>

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

Para: Katherine Moraes <katherine.moraes@seguradoralider.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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal: 4539



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>

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

Para: Anderson Bezerra <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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



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>

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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



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 <consultas.dpvat@seguradoralider.com.br>

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

Para: Jane Costa <jane.apdcosta@gmail.com>

Cc: Relacionamento Canais <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

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> 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]

Enviada em: 03/08/2020 15:41:05

Para: Relacionamento Canais [relacionamento.canais@seguradoralider.com.br]

CC: 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> 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			
<div> <div>Sinistro</div> <div>Qualificação</div> <div>Pessoas</div> <div>Pagamento</div> <div>Histórico</div> </div>			
Nome	Tipo Beneficiário	Representa	Pagamento Efe
QUERGINALDO CORTEZ	Ascendente		R\$ 6.750,00
LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ	Ascendente		R\$ 6.750,00
			R\$ 13.500,00
Consultar por Creditado			

Atenciosamente,

relacionamento.canais@seguradoralider.com.br

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

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>

Enviada em: 23/07/2020 13:46

Para: "Relacionamento Canais" <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 vítima 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: Mauro Maria da Silva Cortez

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: casado

Identidade: 1755.244

CPF: 081.608.574-97

Profissão: agricultor

Endereço: Sítio Ref. Maria, S/N, Zona Rural, Catolândia do Rocha - PB.

HERDEIRO(A) LEGAL DA VÍTIMA: Adriano da Silva Cortez

Que foi vítima de Acidente de trânsito 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 PROFISSÃO: 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:**

1ª - 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, dosistir, 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 o 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;**

2ª - Qualquer Seguradora, para, se for o caso: acionar 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 Terceiro (RCF), Danos Corporais, Materiais e/ou quaisquer outras coberturas a que o(a) Outorgante eventualmente tenha direito em decorrência do Acidente/Sinistro acima;

3ª - 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;

4ª - 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;

5ª - 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.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Guernivaldo Cortez
RG: 1.436.335 Órgão Emissor: SSP-PB CPF: 037.735.894-09
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: engenharia
Endereço: Sítio Velha Maria Nº SN
Bairro: Rua Rinal Cep: 58884-000 Cidade/UF: Catolé do Rocha - PB

OUTORGADO:

Nome: Carlos Ademir Dias Rinhoso
RG: 200097006008 Órgão Emissor: SSP-CE CPF: 073.419.833-53
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: Aut Endereço
Rua José Fausto de Lira 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 Cortez 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 Órgão Emissor: Detran-PB CPF: 125.503.584-65
Endereço: Rua Otacilio Ramundo Dias Nº SN
Bairro: pl. Sonambula Cep: 58005-215 Cidade/UF: Sousa - PB

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

Sousa - PB 19/06/2020
Local e Data

Wesley Roque da Silva
Assinante à Rogo



Testemunha 1:

Guernivaldo FERNANDES SILVA
CPF: 083.837.044.62
Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020

Testemunha 2:

Kátia Shirley Araújo Ferreira
CPF: 797.995.313.49
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 820, bairro SANJOANES, Município de CATOLÉ DO ROCHA, Estado de(o) PB, CEP 58.884-000, portador(a) do RG nº 4.449.199, SSP/PB e CPF nº 090.120.824-45.

Outorgado: MANUELO ANÍLIO DE VIEIRA DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) 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 2990043, SSP/PB e CPF nº 056.546.024-63.

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 CONTREZ, ocorrido em 03/06/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza óbito.

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 Gabriela Sousa Silva
Outorgante
CPF nº 090.120.824-45

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

[Firma manuscrita]

Selo Digital: AKE02618 - 080T
Consulte a autenticidade em:
<https://selodigital.igb.jus.br>

RECONHECER a(s) Firma(s)	<u>monalisa</u>
<u>Babuelly Sousa Silva</u>	
por autenticidade em	
<u>26</u> de <u>06</u> de <u>2020</u>	
<u>Dr. Silva</u>	
<u>Donatário</u>	
<u>Donatário</u>	
<u>Donatário</u>	

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170548/20

Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

CPF: 093.848.974-77

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

Data do acidente: 03/06/2020

Titular do CPF: ADRIANO DA SILVA
CORTEZ

CPF de: Próprio

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 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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093.848.974-77 4 - Nome completo da vítima: Adilson 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: Laurenita Maria da Silva Cortez 6 - CPF: 081.608.574-97
7 - Profissão: agricultora 8 - Endereço: Sítio del Maria 9 - Número: 3w 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Catolé - do Rocha 13 - Estado: PI 14 - CEP: 58884000
15 - E-mail: venasdpvat@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99919-43-07

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 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 5774 6 CONTA: 13884 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 03/06/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: mae 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Monaliza Gabriela Sousa Silva

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autenticado

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

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

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

38 - 1ª | Nome: Wesley Rangel de Sousa

CPF: 125.503.584-65

Wesley Rangel de Sousa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Kátia Shirley Araújo Fereira

CPF: 797.995.315-49

Kátia Shirley Araújo Fereira

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Sapucaia - PB 03/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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

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

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



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:

Recebedor: 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



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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - R.R. do acidente ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093.848.974-77 4 - Nome completo da vítima: Adriano da Silva Pontez

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

5 - Nome completo: Queriquinaldo Cortez 6 - CPF: 037.735.894-09
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Sítio Bel Mar 9 - Número: 500 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Catolê do Rocha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58884-000
15 - E-mail: viraadpva@hormail.com 16 - Telefone: (83) 99918-43-07

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

☒ REPRESENTANTE LEGAL ☐ BENEFICIÁRIO ☐ OUTROS (CURADOR, TUTOR, etc.)

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 5774 6 CONTA: 0006366 5
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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 da 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, comprovando, desde já, a análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora. Uso para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme 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 discordo de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 25 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

26 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Monalisa Gabriela Sousa Silva

27 - Se a vítima deixou pais/avós falecidos, informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro(vivos)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogar): Wladimir da Silva

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogar): 125.503.584-68

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogar): Wladimir da Silva

38 - 1ª Nome: Raimundo da Silva
CPF: 080.857.044-68

Assinatura da testemunha: Raimundo da Silva

39 - 2ª Nome: Katia Shirley Praxedes Ferreira
CPF: 797.995-313-49

Assinatura da testemunha: Katia Shirley Praxedes Ferreira

40 - Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dodazante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAVIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

7 - Nº do sinistro ou ASL: 2 - CPF da vítima: 093.848.979-77 4 - Nome completo da vítima: Adilson da Silva Cortez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSBP Nº 405/2012

5 - Nome completo: Mauro Maria da Silva Cortez 6 - CPF: 081.608.574-97
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio do Mauro 9 - Número: 301 10 - Complemento:
11 - Bairro: zona rural 12 - Cidade: Catolé - do Rocha 13 - Estado: PE 14 - CEP: 58884-000
15 - E-mail: maurodpvat@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (83) 99919-43-07

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SFM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - BANCOS BANCÁRIOS: ☒ BANCO DO BRASIL ☐ CAIXA ECONOMICA FEDERAL ☐ OUTRO
☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos acima. Anote o nome e o tipo)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3918 ☐ CONTA: 9913 ☐ 5
(informar o dígito de edição) (informar o dígito de edição)
☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(informar o dígito de edição) (informar o dígito de edição)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, a validade e a eficácia do crédito, quitando 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 no seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação e assistência à qualificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme a disposto na Lei 5.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE LÍMICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: ☐ Nacional ☒ Estrangeiro ☐ Naturalizado ☐ Estrangeiro
24 - Grau de parentesco com a vítima: marido
25 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não
26 - Se a vítima deixou outro(s) beneficiário(s), informar o nome completo: Monalisa Gabriela Sousa Silva
27 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☒ Não
28 - Se tinha filhos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ ☐ ☐
29 - Vítima deixou assinatura/assinaturas? ☐ Sim ☒ Não
30 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não
31 - Se tinha irmãos, informar vivos: ☐ Falecidos: ☐ ☐ ☐
32 - Vítima deixou pais/pais vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se apresentar e provar esta condição, estando ciente, ainda, de que, caso a declaração não verdadeira possa gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rog):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rog):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rog):

38 - 1ª Nome: Wendy Rosa da Silva

CPF: 125.303.584-65

Wendy Rosa da Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Katiane Shirley Araújo Lima

CPF: 797.995.313-49

Katiane Shirley Araújo Lima

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Soyuz - PE 08/06/2020

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Mauro Maria da Silva Cortez

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 099.848.944-44 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: Monalisa Gabriela Sousa Silva 6 - CPF: 040.120.824-45
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Presidente Castelo Branco 9 - Número: 870 10 - Complemento:
11 - Bairro: Sândi Soares 12 - Cidade: Castelo do Rocha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.884-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0585 1 CONTA: 35.630 1 AGÊNCIA: 00000000 CONTA: 00000000
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 03/06/2020

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascer? ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 02 Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: Justino de Freitas Figueiredo CPF: 711.119.484.53

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: ROBERTO DE SOUSA SANTOS CPF: 075.139.824.14

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Castelo do Rocha, 03/07/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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: Fortaleza-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: (**) ***;

HISTORICO 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 MOC 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 dos órgãos, segundo a Certidão de óbito. Nada mais a consignar.

Católé 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

NOTA: OBRIGADO

I Identificação	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito 15/06/2014	3) Cartão SUS 10055 2170006	4) Naturalidade Catolândia - Maranhão
	5) Nome do Falecido Vitor Hugo Coutinho	6) Nome da Mãe Mônica Maria da Silva Coutinho	7) Nome da Mãe	
	8) Nome do Pai Rafael Augusto Coutinho	9) Idade Anos completos: 26 Meses: 0 Dias: 0 Horas: 0 Minutos: 0	10) Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11) Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
	12) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada	13) Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		
II Residência	14) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua 151, N. 111A	15) Número 111	16) Complemento	17) CEP 65.884.000
	18) Bairro/Distrito Jardim Europa	19) Código	20) Município de residência Catolândia - MA	21) UF MA
III Ocorrência	22) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado	23) Estabelecimento HUF 226.00.10000 - Catolândia	24) Código CNES	
	25) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Rua 151, N. 111A	26) Número 111	27) Complemento	28) CEP 65.884.000
IV Fetal ou menor que 1 ano	29) Idade (anos) 0	30) Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo	31) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	32) UF MA
	33) Número de filhos vivos 0	34) Nº de semanas de gestação 0	35) Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada	36) Tipo de parto <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesáreo <input type="checkbox"/> Ignorado
V Condições e causas do óbito	37) Óbito de mulher em idade fértil 1) A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38) Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	
	39) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		40) Diagnóstico confirmado PC <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
	41) Causas da morte Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		42) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) <u>TEUPNEUMONIA CRÔNICA FALCIFORME</u> Devido ou como consequência de: b) <u>TEUPNEUMONIA CRÔNICA FALCIFORME</u> Devido ou como consequência de: c) <u>DOENÇA CEREBRAL</u> Devido ou como consequência de: d) <u>AVASCULOSE DE MÚLTIPLOS ORGÃOS</u>	
	43) PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.		44) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID	
VI Médico	45) Nome do Médico Dr. Carlos Antonio de S. Nunes	46) CRM 9464	47) Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML	48) Município e UF do SVO ou IML Catolândia - MA
	49) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 111/1111111111	50) Data do atestado 15/06/2014	51) Assinatura Dr. Carlos Antonio de S. Nunes	52) CRM: RN-6844 PB-9764
VII Causas externas	53) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
	54) Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorado	55) Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	56) Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Ignorada	57) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Ignorada
VIII Cartório	58) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____			
	59) Cartório Código: _____	60) Registro Código: _____	61) Data Código: _____	62) UF MA
IX Médico	63) Declarante Código: _____			
	64) Testemunhas A _____			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

Cartório Distrital de Cel. Maia
CARTÓRIO DISTRITAL DE CEL. MAIA

Distrital de Cel. Maia, Catolé do Rocha-PB



GUIA DE SEPULTAMENTO

Termo N°: 395 **Livro n°:** C-00002 **Folha n°:** 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.

Católé 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: 414.809.804-31



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 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: Fortaleza-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: (**) ***;

HISTORICO 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 MOC 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 dos órgãos, segundo a Certidão de óbito. Nada mais a consignar.

Católé 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

NOTA: O NOTIFICANTE DEVE ASSINAR E IMPRIMIR O NOME COMPLETO E A ASSINATURA DEVE SER LIGADA À ASSINATURA DO POLICIAL RESPONSÁVEL PELA REGISTRAÇÃO.

I	Identificação	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito 15/06/2014	3) Cartão SUS 150605 2170006	4) Naturalidade Catolândia - Bahia	Município / UF (se estrangeiro informar País)			
		5) Nome do Falecido Vitor Hugo Coutinho	6) Nome da Mãe Mônica Maria da Silva Coutinho	7) Nome da Mãe	8) Nome do Pai Rafael Augusto Coutinho	9) Idade Anos completos: 26 Meses: 0 Dias: 0 Horas: 0 Minutos: 0	10) Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11) Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input checked="" type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena	12) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada
		13) Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3) Médio (antigo 2º grau) 4) Superior Incompleto 5) Superior completo	14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002 9500406040	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua Cel. Maia	16) CEP 43884-000	17) Bairro/Distrito Centro	18) Município de residência Catolândia - BA	19) UF BA	
		20) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros 2) Outros estab. saúde 3) Via pública 4) Adipia Indígena	21) Estabelecimento HUP de Catolândia - Bahia	22) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Rua Cel. Maia	23) CEP 43884-000	24) Bairro/Distrito Centro	25) Município de ocorrência Catolândia - BA	26) UF BA	
II	Residência								
III	Ocorrência								
IV	Fetal ou menor que 1 ano	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
		27) Idade (anos) 28) Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3) Médio (antigo 2º grau) 4) Superior Incompleto 5) Superior completo	29) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002						
V	Condições e causas do óbito	30) Número de filhos vivos 31) Nº de semanas de gestação 32) Tipo de gravidez 1) Única 2) Dupla 3) Tripla e mais 4) Ignorada	33) Tipo de parto 1) Vaginal 2) Cesáreo 3) Ignorado	34) Morte em relação ao parto 1) Antes 2) Durante 3) Depois 9) Ignorado	35) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1) Sim 2) Não 9) Ignorado	36) Número da Declaração de Nascido Vivo			
		ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 37) A morte ocorreu: 1) Na gravidez 2) No parto 3) No abortamento 4) Até 42 dias após o término da gestação 5) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 6) Não ocorreu nestes períodos 38) Assistência médica 39) Diagnóstico confirmado PC 40) Causas da morte Parte I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. Causas antecedentes Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. Parte II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.							
VI	Médico	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) <u>TEUPHISMO CRONICO FALCIDICO</u> Devido ou como consequência de: b) <u>TEUPHISMO CRONICO FALCIDICO</u> Devido ou como consequência de: c) <u>DETE CEREBRAL</u> Devido ou como consequência de: d) <u>AVENCAO de Múltiplos orgaos</u>							
		41) Nome do Médico Dr. Carlos Antonio de S. Nunes 42) CRM 9464 43) Óbito atestado por Médico 1) Assistente 2) Substituto 3) IML 4) SVO 5) Outro 44) Município e UF do SVO ou IML UF 45) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 151145154102 46) Data do atestado 15/06/2014 47) Assinatura Dr. Carlos Antonio de S. Nunes CRM: RN-6844 PB-9764							
VII	Causas externas	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)							
		48) Tipo 1) Acidente 2) Suicídio 3) Homicídio 4) Outros 5) Ignorado 49) Acidente de trabalho 1) Sim 2) Não 50) Fonte da informação 1) Ocorrência Policial Nº 2) Hospital 3) Família 4) Outra	51) Descrição sumária do evento 52) Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Número Bairro Município UF						
VIII	Cartório	53) Cartório 54) Registro 55) Data 56) Município 57) UF							
		58) Declarante 59) Testemunhas A							



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

Cartório Distrital de Cel. Maia
CARTÓRIO DISTRITAL DE CEL. MAIA

Distrital de Cel. Maia, Catolé do Rocha-PB



GUIA DE SEPULTAMENTO

Termo N°: 395 **Livro n°:** C-00002 **Folha n°:** 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.

Católé 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: 414.809.804-31