



Número: **0802693-94.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **02/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MONALISA GABRIELA SOUSA OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>MARCELO ANDRADE VIEIRA DE FREITAS (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35914 831	26/10/2020 15:39	<a href="#"><u>2759202_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## Certidão de Casamento

NOMES

ADRIANO DA SILVA CORTÉZ

CPF

093.848.974-77

MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA

CPF

070.120.824-45

MATRÍCULA:

0717530155 2018 2 00025 188 0012549 16

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

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

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

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENO)  
dezento de dezembro de dois mil e dezoito

DIA 18 MES 12 ANO 2018

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

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

Ele: O mesmo nome de solteiro

Ela: MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA

AVERAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESER

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

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



Cartório do Registro Civil  
Aldenora Fernandes Gadelha Martins - Oficiala Registro Civil

Catolé do Rocha-PB

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

Selo Digital: AKB00959-867C

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe. Catolé do Rocha-PB, 05 de julho de 2020

*Kílvia Pereira de Araujo Gadelha*  
Kílvia Pereira de Araujo Gadelha  
Oficiala Substituta

Consulte a autenticidade em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br/>  
Emolumentos e taxas: <http://www.tjpb.jus.br/taxas/>



AA 000077904

Associação dos Notários e Registradores  
do Estado do Paraíba





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## Certidão de Óbito

NOME:  
ADRIANO DA SILVA CORTEZ

CPF

093.848.974-77

MATRÍCULA:

0719930155 2020 4 00002 069 0000395 71

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 26 anos

NATURALIDADE

Catolé do Rocha-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ELEITOR

— NÃO INFORMADO —

SIM - N° 042160581287, Zona: 35 -

PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DE FALECIMENTO

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

DIA

03

MÊS

06

ANO

2020

LOCAL DO FALECIMENTO

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

CAUSA DA MORTE

Traumatismo craneo incefálico, Fratura de traqueia, Morte cerebral, Falência de multiplas orgãos.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

DECLARANTE

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

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

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Carlos Antonio de S Nunes, CRM 9764

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

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



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

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

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

Selo Digital: AFC44140-5M14

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

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

Francisco das Chagas Silva  
Oficial do Registro Civil

Consulte o documento em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Valor monetário: R\$ 0,00



Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

## Certidão de Óbito

NOME:

ADRIANO DA SILVA CORTEZ

CPF

093.848.974-77

MATRÍCULA:

0719930155 2020 4 00002 069 0000395 71

SEXO

masculino

COR

PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE

casado, 26 anos

NATURALIDADE

Catolé do Rocha-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ELEITOR

— NÃO INFORMADO —

SIM - N° 042160581287, Zona: 35 -

PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DE FALECIMENTO

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

DIA

03

MÊS

06

ANO

2020

LOCAL DO FALECIMENTO

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

CAUSA DA MORTE

Traumatismo craneo incefálico, Fratura de traqueia, Morte cerebral, Falência de multiplas orgãos.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

DECLARANTE

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

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

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Carlos Antonio de S Nunes, CRM 9764

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

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



Cartório Distrital de Cel Maia

Francisco das Chagas Silva

Distrito de Coronel Maia-PB

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

Francisco das Chagas Silva

Oficial do Registro Civil

CPF: 414.0

Selo Digital: AFC44140-5M14

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

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

Francisco das Chagas Silva  
Oficial do Registro Civil

Consulte o documento em:  
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

Valor monetário: R\$ 0,00



Digitalizado com CamScanner

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

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

CLIENTE: QUERGINALDO CORTEZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05774-6

CONTA: 00000006366-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO06072020050000000002370577400000006366675000 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 5

# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento com valor R\$66,91.

Este documento não é comprovante de vencimento.

Este documento não é comprovante de vencimento. N.º 042.738.386

ENERGISA PARAÍBA • DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 • Cristo Redentor • João Pessoa / PB • CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 15.016.822-0

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

5660327-8

ABR/2020

27/04/2020

74

05/05/2020

R\$ 66,91

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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: 081.608.574-97

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

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

BENEFICIARIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, 5 N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>

Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 6

# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento emitido via internet.  
Este documento não é equivalente de nota fiscal.  
Número para recuperação do documento de nota fiscal: 042.738.386

ENERGISA PARAÍBA • DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 • Cristo Redentor • João Pessoa / PB • CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc Est 15.016.822-0

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

5660327-8

ABR/2020

27/04/2020

74

05/05/2020

R\$ 66,91

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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: 081.608.574-97

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

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

BENEFICIARIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, 5 N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>

Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 7



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / 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 Ouvideira: 0800 021 9135

Eu, Carlos Ademir Elvas Pinheiro

RG nº 262.309.7-006008 data de expedição 15 / 02 / 2019

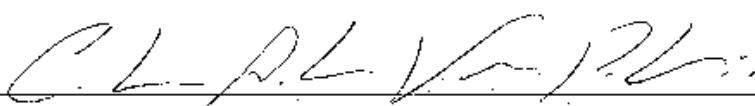
Órgão Detran - PB, CPF nº 973.419.833-53,

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 Faquim de Lima</u>
Número	<u>50</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99919-43-07</u>
E-mail	<u>verasoliveira@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

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



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.: Nº 044.869.417



ENERGISA PARAÍBA - 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](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

**00190.00009 02624.912008 16084.393178 6 8298000027876**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 10

## 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.: Nº 045.569.948



ENERGISA PARAÍBA - 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](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

**00190.00009 02624.912008 16603.449170 3 8289000002268**

Pagador: VICTOR PEREIRA DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 082.851.744-41

RUA JOAO ALVES FERNANDES 9 1 AND - CENTRO - BREJO DO CRUZ / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número 26249120016603449	Nr Documento 001796702202006	Data Vencimento 17/06/2020	Valor do Documento R\$ 22,68	Valor Pago
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 11

01/07/2020



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **075.139.824-14**

Nome: **ROBERGUA DE SOUSA SANTOS**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/06/2005**

Dígito Verificador: **00**

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



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

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

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 12



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL		DATA DE EXPEDICAO
002.310.690	26/12/2001	
JUSTINO DE FREITAS FIGUEIREDO		
OLINDINO DE FIGUEIREDO		
MARIA VERAS DE FREITAS		
NASCIMENTO		
CATOLE DO ROCHA PB	05/09/1965	
NASCIM LA008 F-092	RG-007349	
CATOLE DO ROCHA PB	01 CARTORIO	
711.119.484-53		
Ana Dulce da C. Moreira Bezerra		
LEI N. 7.112 DE 29/07/1983		
Sub - Coordenadora		
Caicó - RN		
131100 5		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 13



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Pelicano Cirino, 220 - Jaguaria João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.864/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME SEU NÚMERO  
MATRÍCULA

71732349

REFERÊNCIA

FEV/2020

1. CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SIMÔNE XAVIER DA SILVA  
RUA PROJETADA, SN - 10 ANDAR - EMBOCADA BREJO DO  
CRUZ, PR 58890-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Residencial	
107.001.525.0151.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X308616	10/08/2016	EXT LACR	LIGADO		POTENCIAL	

75	78	5	20	18/03/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.				
JAN/2020	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.
FEZ/2019	3	TURBIDEZ	0	0
ABR/2019	4	CLORO	0	0
MAR/2019	6	COL. TEMPO	0	0
SET/2019	5	COR	0	0
AGO/2019	3	COL. TOTais	0	0
MÉDIA(0)	3	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019		

DATA DA IMPRESSÃO: 19/02/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 10:56:18
DESCRICAÇÃO	
AQUA	CONSUMO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	
CONSUMO DE ÁGUA	
ESGOTO	3 M3
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 08/2019	0,75
TIROS DE HORA 08/2019	1,50
FATURAS EM ATRASO	
REF 207001	37,91

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

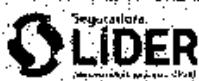
VENCIMENTO:	Total a Pagar:
06/03/2020	R\$ 40,16





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 15



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 0800-15996 / Outras regiões: 0800-0221204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-0228189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-0221206 | Central de Ouvidoria: 0800-0219135

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://WWW2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIMADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGURO. O CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 9.613/98.

Pelo exposto, eu

**CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

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

*Guenginaldo Lortex*  
do sinistro de DPVAT cobertura *morte* da Vítima *Adiliano da Silva Lortex*  
Inscrito (a) no CPF sob o nº **037.735.894/09**

Inscrito (a) no CPF sob o nº **093.898.974/77** 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. 289 do Código Penal.

Endereço: **RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA**

Bairro: **JARDINS**

Cidade: **SOUSA**

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

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

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

tel.(DDD): 83 99607-2277

**83 99919-4307**

Local e Data: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Declarante

DLBRL001-V001/2017



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1595 / Outras regiões: 0800-0221204

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-0226188 ; SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-0221206 | Central Ouvifone: 0800-0219135

### 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?MP0=1&CODIGO=29636>

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

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

**SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP** DIAO ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZADA E RESSSEGURADO. **CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF** ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TAMBÉM POR FINALIDADES DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS Ocorrências SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N° 8.613/98.

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.

*Locauta Maria da Silva Lortez* inscrito (a) no CPF sob o N° **081.608.574/07**

do sinistro de DPVAT cobertura **Morte** da Vítima *Adriano da Silva Lortez*

inscrito (a) no CPF sob o N° **093.848.974**, 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. 280 do Código Penal.

Endereço: **RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA**

Bairro: **JARDINS**

Cidade: **SOUSA**

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

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

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

Tel. (000) 83 99607-2277

83 99918-4307

Local e Data:

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

*Carlos Ademir Veras Pinheiro*  
Assinatura do Declarante

DLR1.001 V001/2017



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu MARCELO ANDRADE Vieira de Freitas

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

MONALISA GABRIELA SBUZA SILVA inscrito (a) no CPF sob o N° 070.120.824/45

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

Inscrito (a) no CPF sob o N° 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA ÁLVARO AZAMAS</u>	Número:	<u>261</u>	Complemento:	<u>Escritório</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>CATÓLÉ DO ROCHA</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>marcelo.p.vieira@hotmail.com</u>	CEP:	<u>58.889-000</u>	Tel.(DDD):	<u>(83) 99607-5145</u>

Local e Data: CATÓLÉ DO ROCHA /PB, 26/06/2020

Marcelo Andrade Vieira de Freitas  
Assinatura do Declarante

DLR001 V001/2017

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 18

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - RG do vidente ou ASR: 3 - CPF do vidente: 4 - Nome completo da vítima: *Adriano Lider Silva Pentea*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍSA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP NR 445/2012

5 - Nome completo: *Guilherme Lider Cortez* 6 - CPF: *037.735.894-09*  
 7 - Profissão: *Agropecuário* 8 - Endereço: *Sítio Bela Vista* 9 - Número: *5N* 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: *Bela Vista* 12 - Cidade: *Batolé do Rocha* 13 - Estado: *PR* 14 - CEP: *58884-000*  
 15 - E-mail: *Veracalsysu@hotmail.com* 16 - Tel (DDD): *(43) 99916-43-07*

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:

REUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1,000,00  R\$2,501,00 ATÉ R\$5,000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abertos, Acione uma opção)  
 Bradesco (207)  Itaú (340)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGENCIA: *5774* 6 CONTA: *0006366* 5  
 Informar o dígito se existir (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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, a legítima total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento de análise do meu pedido de Indemnização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, comprovando, desde já, que me submeterá à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora. Ficar para verificação de existência e quantificação das sequelas permanentes decorrentes de incidente ou trânsito causado por veículo automotor, no termo e disposto na Lei 6.194/74.

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

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

25 - Grau de parentesco com a Vítima: 26 - Vítima deixou compatriot(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou compatriot(a), informar o nome completo: *Monalisa Gabrilia Souza Silva*  
 28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha filhas, informar: 33 - Vítima deixou:  Sim  Não 34 - Vítima deixou:  Sim  Não  
 35 - Vítima deixou:  Sim  Não 36 - Vítima deixou:  Sim  Não 37 - Vítima deixou:  Sim  Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendo eizo, 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 269 do Código Penal.

*Wiley Regis de Souza*

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

*123.503.584-68*

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

*Wiley Regis de Souza*

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

38 - 1º | Nome: *Elaine Lider Ferreira Souza*

CPF: *080.853.044-64*

*Elaine Lider Ferreira Souza*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Katya Shirley Pratiro Souza*

CPF: *797.995-313-49*

*Katya Shirley Pratiro Souza*

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Salvador - PR 19/06/2020*

*2*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*Wiley Regis de Souza*





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 21

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.416.355 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 03/05/2017

OUERGINALDO CORTEZ

FILIAÇÃO

MARIA ROSALINA

NATURALIDADE

PATU-RN  
DOC ORIGEM

CASAM N. 1849 FLS. 11V LIV. B5  
CARTÓRIO CATÓLÉ DO ROCHA-PB  
CPF

037-735.894-09

ל. 13 N° 7. 1. 1955 9/00

A:  
ht  
N

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TURRES - 26/10/2020 13:39:49  
[http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView\\_seam2x~20120615394908500000034298530](http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView_seam2x~20120615394908500000034298530)

Número do documento: 30102615204008500000034208520

Num. 35014831 Pág. 22



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 23

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

NOME

1.755.144 - 2 VIA

11/02/2008

LAURITA MARIA DA SILVA CORTÊZ

FILIAÇÃO

RAIMUNDO RUFINO DA SILVA

RITA MARIA DA CONCEIÇÃO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

CATOLE DO ROCHA-PB  
DOC ORIGEM

05/06/1953

CASAM N.1849 FLS.11 LIV.5

CPF CARTORIO C ROCHA-PB

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.106 DE 29/08/83

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 24



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**

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 25



**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

PAI/AVÓ: QUERGINALDO CORTEZ

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

NASCIMENTO: 13/09/1993

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CATOLÉ DO ROCHA - PB

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

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

LEI N° 8.449, DE 18 DE MAIO DE 1992

CPF: 083.848.974-77

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

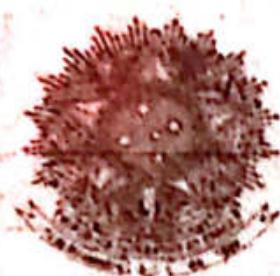
ZONA:

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

*José Mário de Souza Filho*  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego da Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR





# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

180.16659.38-7

NÚMERO

4250541

SÉRIE

003-0

UF

PB

*Edson Moreira da Silva Torres*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

CASA DA MOEDA DO BRASIL



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 28

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.449.199	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	22/01/2020
NOOME	MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA			
FILIAÇÃO CLAUDIO AURELIO DE OLIVEIRA RUBIANIA DE SOUSA SANTOS				
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO			
CATOLÉ DO ROCHA-PB		24/01/1999		
DOC ORIGEM	CASAM N.12549 FLS.188 LIV.B25			
CARTÓRIO CATOLÉ DO ROCHA-PB				
CPF	070.120.824-45			
<i>Monalisa Gabriela Sousa Silva</i>				
ASSINATURA DO DIRETÓRIO				
Assinatura Pessoal do Oficial de Justiça				
Oficial de Justiça - 2020				
Poder Judiciário - PB				



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 29



# ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

INSCRIÇÃO:

22111

NOME

MARCELO ANDRADE VIEIRA DE FREITAS

FILIAÇÃO

MANOEL VIEIRA DE FREITAS  
RITA DE CASSIA ANDRADE DE FREITAS

NATURALIDADE

CATÓLE DO ROCHA-PB

DATA DE NASCIMENTO

28/01/1987

RG

2.990.071 - SSP/PB

CPF

056.576.024-63

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS

NÃO

VIA

01

EXPEDIÇÃO EM

12/01/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA  
PRESIDENTE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Digitalizado com CamScanner

Num. 35914831 - Pág. 30



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 31

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**ADRIANO DA SILVA CORTEZ**

PAI/AVÓ: QUERGINALDO CORTEZ

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

NASCIMENTO: 13/09/1993

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CATOLÉ DO ROCHA - PB

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

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

LEI N° 8.449, DE 18 DE MAIO DE 1992

CPF: 083.848.974-77

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

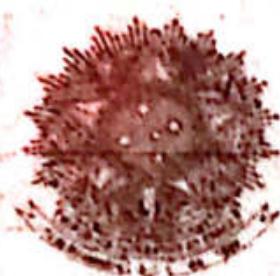
ZONA:

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

*José Alcides de Souza Filho*  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego da Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR





# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

180.16659.38-7

NÚMERO

4250541

SÉRIE

003-0

UF

PB

*Edson Moreira da Silva Torres*

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

CASA DA MOEDA DO BRASIL



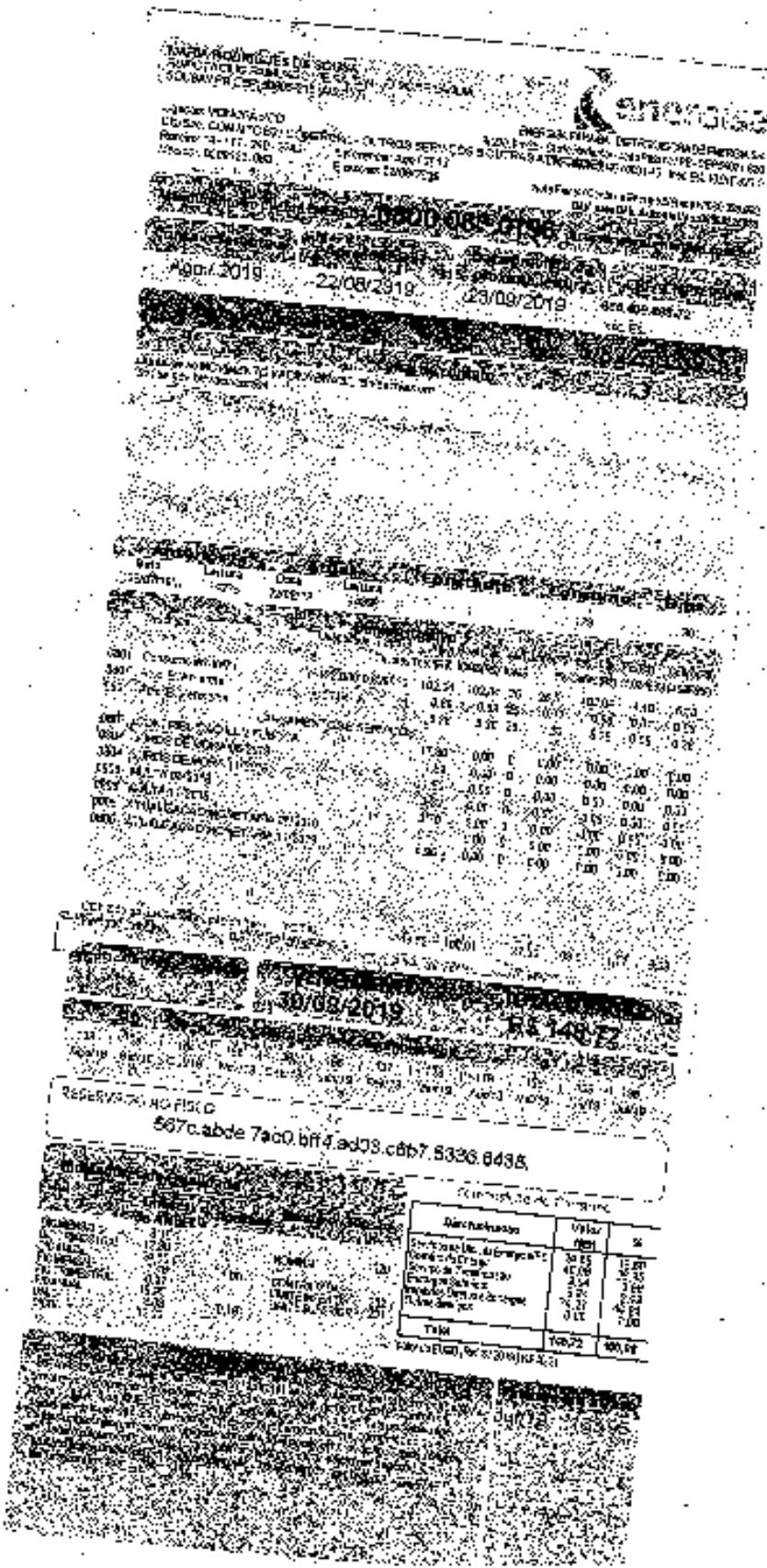
Digitalizado com CamScanner

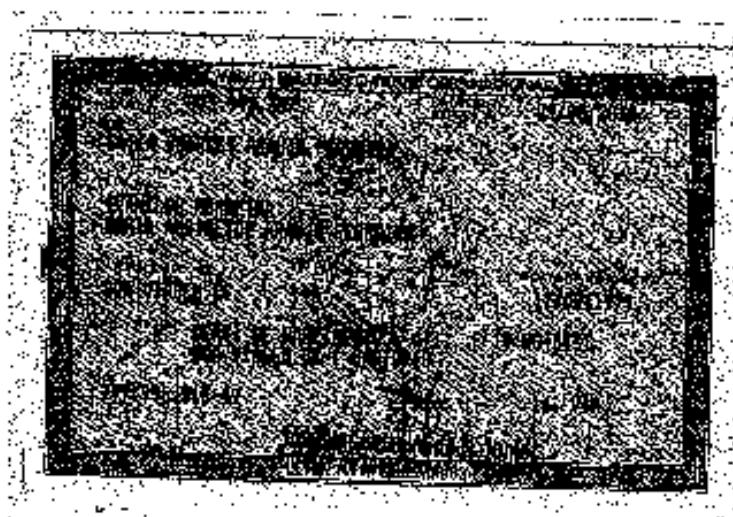
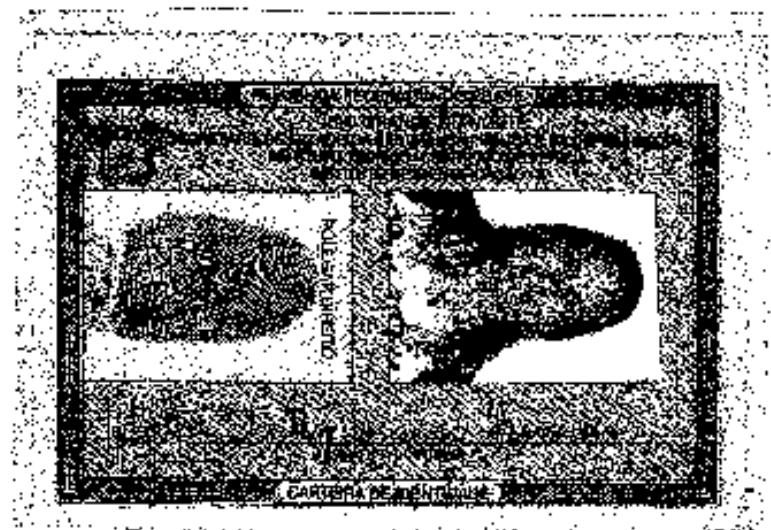


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

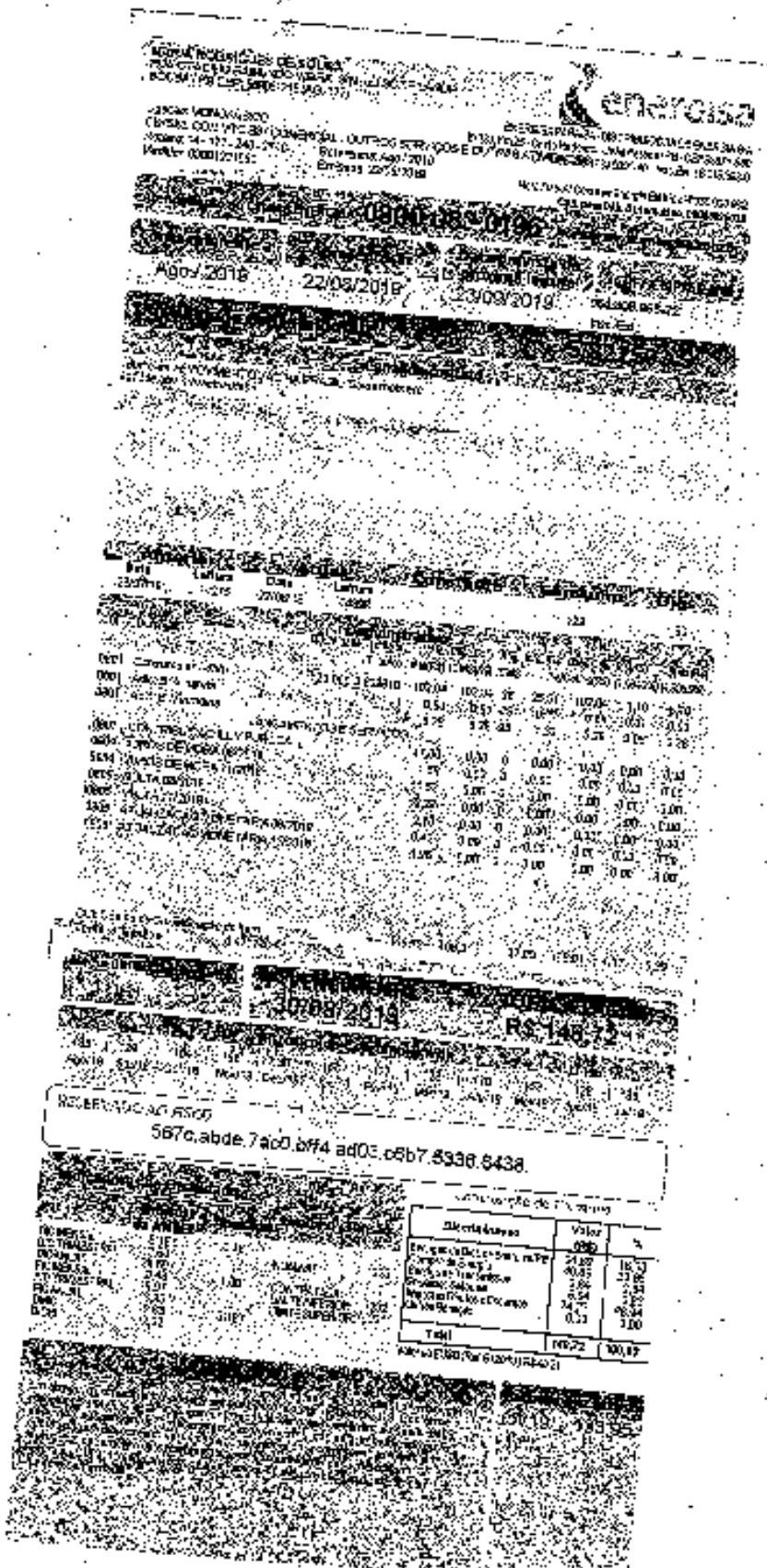
Num. 35914831 - Pág. 33

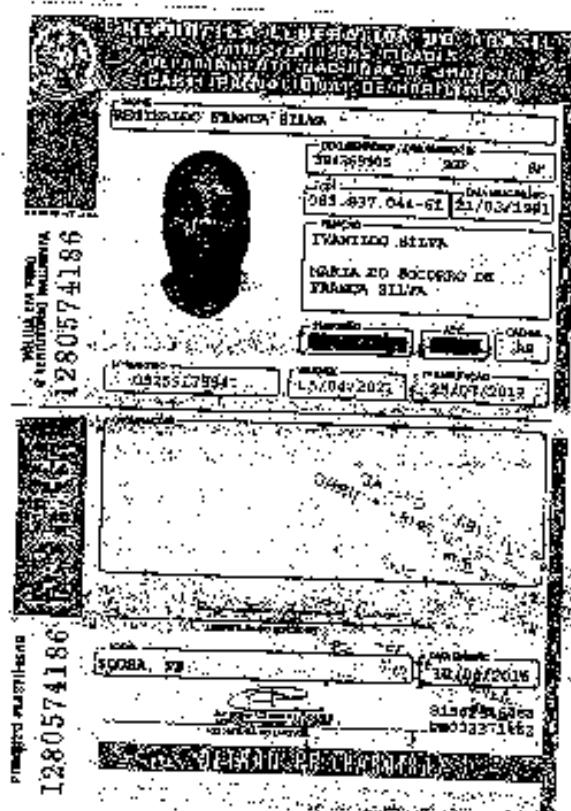












Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 39

# BOLETO PARA PAGAMENTO

DELIVERED BY AIR MAIL  
Distribuidora Energisa da Paraíba  
Av. Presidente Kennedy, 1000 - Centro  
CEP 58050-000 - João Pessoa - PB - Fone: (83) 3211-0100



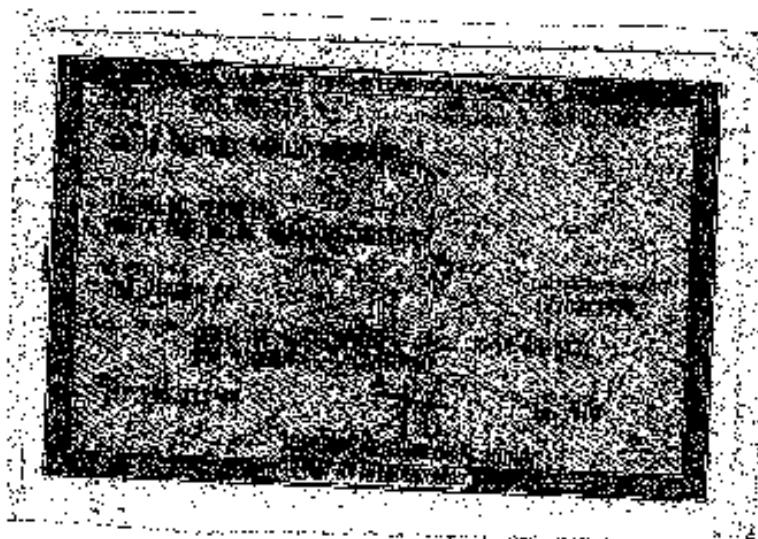
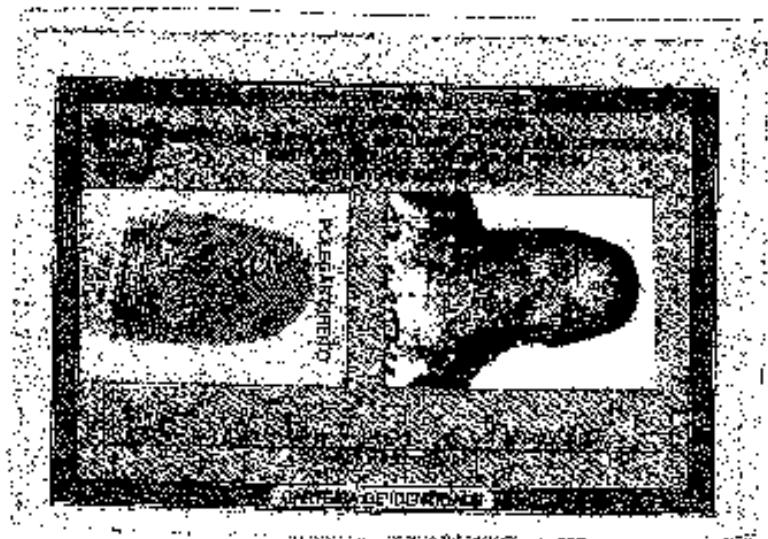
DISTRIBUIDORA ENERGISA DA PARAÍBA LTDA  
BR 230, KM 24 - CRISTO REDEEMOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 00.000.100/0001-49 - Fone: (83) 3211-0100



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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL 00190.00009 02624.812088 01943.637171 1 79050000003832				
Pagador: CARLA MARIA PEREIRA DA SILVA CNPJ/CPF: 040.911.334-66 RUA GERALDO GONCALVES SARMENTO B/N CASA F - MARIA RACHEL - SOUSA / PB - CEP 58000-000				
Número Documento   Nr Documento   Data Vencimento   Valor do Documento   Valor Pago				
26249112001943637	001712621201905	30/06/2019	R\$ 10,32	R\$ 10,32
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 24, S/N - CRISTO REDEEMOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-000 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 41

energysys

DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA (DE)  
5/1568307-3

BANCO DO BRASIL PAGA REFERENCIA ALIMENTARIA DO BANCO DO BRASIL  
00190 00008 02624.812008 14831.384170 8-8241000057293  
-AGORAS DESTE DIA - 00190 00008 02624.812008 14831.384170 8-8241000057293

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261539490850000034298530>  
Número do documento: 2010261539490850000034298530

Num. 35914831 - Pág. 42

## RONALD BATISTA DOS SANTOS

---

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

Perdão.

Seguem os documentos da cônjuge.

Atenciosamente

### Katiana Matos

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



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

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

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

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

---

**De:** KATIANA DOS SANTOS MATOS  
**Enviada em:** sexta-feira, 11 de setembro de 2020 09:35  
**Para:** RONALD BATISTA DOS SANTOS <[ronald.santos@seguradoralider.com.br](mailto:ronald.santos@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** ENC: Autorização 9327: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

Ronald  
Bom dia

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

No primeiro processo pagaram o valor total para os pais deixando a esposa de fora.  
Esse cadastramento será apenas para o pagamento dela.

Ahhh Desculpa. Continuo com os meus problemas de senha.

Atenciosamente



## Katiana Matos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica  
[katiana.matos@seguradoralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



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

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

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

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

---

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

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

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

**Cc:** KATIANA DOS SANTOS MATOS <[katiana.matos@seguradoralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradoralider.com.br)>; Lia Nazareth <[lia.nazareth@seguradoralider.com.br](mailto: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](mailto:katherine.moraes@seguradoralider.com.br)  
Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4749



[www.seguradoralider.com.br](http://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](mailto:anderson.bezerra@seguradoralider.com.br)>

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

**Para:** Katherine Moraes <[katherine.moraes@seguradoralider.com.br](mailto: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](mailto:anderson.bezerra@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal: 4539



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

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

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

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

---

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

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

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

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

Anderson  
Bom dia

Reitero.

Atenciosamente

### **Katiana Matos**

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



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

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

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

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



---

**De:** KATIANA DOS SANTOS MATOS  
**Enviada em:** quinta-feira, 3 de setembro de 2020 17:00  
**Para:** Anderson Bezerra <[anderson.bezerra@seguradoralider.com.br](mailto:anderson.bezerra@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** ENC: Re: Re: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

Anderson  
Boa tarde

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

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

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

Diante do fato apresentado solicito autorização para o recadastramento.

Atenciosamente

### Katiana Matos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica  
[katiana.matos@seguradoralider.com.br](mailto:katiana.matos@seguradoralider.com.br)

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



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

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

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.  
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

**De:** [consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br) <[consultas.dpvat@seguradoralider.com.br](mailto:consultas.dpvat@seguradoralider.com.br)>  
**Enviada em:** quarta-feira, 5 de agosto de 2020 16:44  
**Para:** Jane Costa <[jane.apdcosta@gmail.com](mailto:jane.apdcosta@gmail.com)>  
**Cc:** Relacionamento Canais <[relacionamento.canais@seguradoralider.com.br](mailto:relacionamento.canais@seguradoralider.com.br)>  
**Assunto:** RES: Re: Re: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ (kaka)

Jane  
Boa tarde

Analisaremos o caso.  
Pedimos aguardar nosso retorno.

Atenciosamente  
Katiana Matos

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



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

Segue documentos da Monalisa.

Estamos a disposição.

Atenciosamente

Jane  
41-9 96864626  
83-9 99256034

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

Jane

Boa tarde

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

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

Atenciosamente

Katiana Matos

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

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



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

No aguardo

Atenciosamente

Jane  
41-9 96864626  
83-9 99256034

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

Olá Srª Jane, bom dia!

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

Prezados, boa tarde!

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



Atenciosamente,

relacionamento.canais@seguradora.lider.com.br

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

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

Rua da Assembleia, 100 - 16º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

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

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



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

Prezados, boa tarde

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

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

Peço orientação de como resolver a situação.

No aguardo

Atenciosamente

Jane  
41-9 96864626  
83-9 99256034



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

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

### OUTORGANTE:

Nome: Iaúnta Maria da Silva Costa

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: casada

Identidade: 1755.214

CPF: 081.608.574-97

Profissão: agricultora

Endereço: Sítio Bela Vista, s/n, Zona Rural, Catolé do Rocha - PB.

HERDEIRO(A) LEGAL DA VÍTIMA: Adriano José Silva Costa

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 PROFISSAO: EMPRESARIO.

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

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

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

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

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

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

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

### LOCAL E DATA:

Sousa - PB 19/06/2020

  
Nome e Assinatura do(a) Outorgante  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:**

Nome: Guignardos Lortex  
RG: 1.436.335 Orgão Emissor: SSP-PB CPF: 039.735.894-09  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado Profissão: Engenheiro  
Endereço: Sítio Del Marca Nº SN  
Bairro: Itaú Pirapá Cep: 58884-000 Cidade/UF: Catolé do Rocha - PB

**OUTORGADO:**

Nome: Carlos Polmin Vivas Ribeiro  
RG: 200097006008 Orgão Emissor: SSP-CE CPF: 073.419.833-53  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casado Profissão: Aut. Endereço  
Rua José Fagundes de Lima Nº SN  
Bairro: Paradiso Cep: 58800-000 Cidade/UF: Sousa - PB

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

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

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

Nome: Wesley Roque da Silva  
RG: 003488952 Orgão Emissor: Detran - PB CPF: 125.503.584-65  
Endereço: Rua Otacílio Rorimundo De Souza Nº SN  
Bairro: Ind. Serralandia 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 de Souza  
Assinante à Rogo



Testemunha 1:

Guignardos Lortex da Silva  
CPF: 083.837.044.68  
Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020

Testemunha 2:

Katia Shirley Fronho Ferreira  
CPF: 794.995.313.49  
Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão ESTUDANTE, residente e domiciliado à Rua PRESIDENTE CASTELO BRANCO, nº 870, bairro SAMAROIS, Municipio de CATOLE DO ROCHA, Estado de(o) PB, CEP 58.884-000, portador(a) do RG nº 4 449 199, SSP/PB e CPF nº 040.120.824-45

**Outorgado:** MANOEL ALVIM DE VIEIRA DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua ALVARO AZARIAS, nº 161, bairro Centro, Municipio de CATOLE 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 LANTZ, ocorrido em 03/06/2010, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

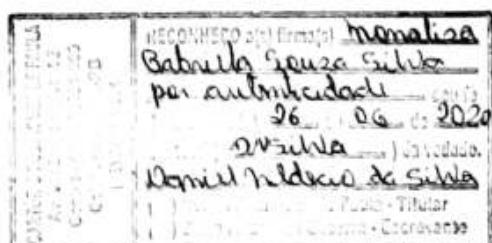
Processo de natureza 6bito

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

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

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

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Digitalizado com CamScanner



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0170548/20

**Vítima:** ADRIANO DA SILVA CORTEZ

**CPF:** 093.848.974-77

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** INVESTITPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Documentos de identificação  
Outros

#### CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

#### QUERGINALDO CORTEZ : 037.735.894-09

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 54

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Adriano da Silva Lortex</i>		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo: <i>Leanita Maria da Silva Lortex</i>		6 - CPF: <i>081.608.574-97</i>		
7 - Profissão: <i>agricultora</i>	8 - Endereço: <i>Sítio el Alca</i>	9 - Número: <i>30</i>	10 - Complemento:	
11 - Bairro: <i>Zona Rural</i>	12 - Cidade: <i>Catolé - do Rocha</i>	13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58884000</i>	
15 - E-mail: <i>verasdpvat@hotmail.com</i>	16 - Tel.(DDD): <i>(83) 99919-43-07</i>			

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: <i>Bradesco (237)</i>
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____	AGÊNCIA: <i>5774</i> CONTA: <i>13884</i>
(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <i>03/06/2020</i>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <i>mãe</i>	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <i>Ronalva gabriela souza Silva</i>			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input checked="" type="checkbox"/>	30 - Vítima deixou nascituro (valernascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input checked="" type="checkbox"/>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> 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  
Impronta  
digital da  
vítima ou  
do beneficiário  
que assinou o  
pedido

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

38 - 1º | Nome: *Wesley Roque de Souza*

CPF: *125.503.584-65*

*Wesley Roque de Souza*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Katia Shirley Araujo Souza*

CPF: *797.995.315-49*

*Katia Shirley Araujo Souza*

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Saíba - PB 03/06/2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Adriano da Silva Lortex*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*2020*

TESTE MUNHAS





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

---

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

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

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

**Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

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

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

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00841/00842 - carta\_01 - MORTE



Carta nº 15879696



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 56



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

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

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

**Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

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

**Senhor(a), QUERGINALDO CORTEZ**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00843/00844 - carta\_01 - MORTE



Carta nº 15879697



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 57



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

---

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

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

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

**Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

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

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

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

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

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

Pag. 01483/01484 - carta\_25 - MORTE



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>  
Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 58



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

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

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

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

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Señor(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 POUPANCA

2aq 01487/01488 - carta 29 - MORTE

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261539490850000034298530>  
Número do documento: 2010261539490850000034298530

Núm. 35914831 - Pág. 59



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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

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

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

Procurador: CÁRLOS ADEMIR VÉRAS PINHEIRO

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Señor(a) LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Informações sobre o pagamento da indenização

informações abaixo:

Recebedor: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000005774-6

Conta: 0000013884-3

**Tipo: CONTA CORRENTE**

00020528

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010261539490850000034298530>  
Número do documento: 2010261539490850000034298530

Núm. 35914831 - Pág. 60

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - RG do vidente ou ASR: 3 - CPF do vidente: 4 - Nome completo da vítima: *Adriano Lider Silva Pentea*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍSA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP NR 445/2012

5 - Nome completo: *Guilherme Lider Cortez* 6 - CPF: *037.735.894-09*  
 7 - Profissão: *Agropecuário* 8 - Endereço: *Sítio Bela Vista* 9 - Número: *5N* 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: *Bela Vista* 12 - Cidade: *Batolé do Rocha* 13 - Estado: *PR* 14 - CEP: *58884-000*  
 15 - E-mail: *veracalsysu@hotmail.com* 16 - Tel (DDDI): *(43) 49916-43-07*

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:

REUSO INFORMAR  R\$1,00 A R\$1,000,00  R\$2,501,00 ATÉ R\$5,000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo, caso não haja opção)  
 Bradesco (207)  Itaú (340)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 AGENCIA: *5774* 6 CONTA: *0006366* 5  
 Informar o dígito se existir (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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, a legítima total do valor recebido.

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

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

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

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

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

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

25 - Grau de parentesco com a Vítima: 26 - Vítima deixou compatriot(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou compatriot(a), informar o nome completo: *Monalisa Gabrilia Souza Silva*  
 28 - Vítima:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha filhas, informar: 33 - Vítima deixou:  Sim  Não 34 - Vítima deixou:  Sim  Não  
 35 - Vítima deixou:  Sim  Não 36 - Vítima deixou:  Sim  Não 37 - Vítima deixou:  Sim  Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, entendo eizo, 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 269 do Código Penal.

*Wiley Regis de Souza*

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

*123.503.584-68*

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

*Wiley Regis de Souza*

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

38 - 1º | Nome: *Elaine Lider Ferreira Souza*

CPF: *080.853.044-64*

*Elaine Lider Ferreira Souza*

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: *Katya Shirley Pratiro Souza*

CPF: *797.995-313-49*

*Katya Shirley Pratiro Souza*

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: *Salvador - PR 19/06/2020*

*2*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*Wiley Regis de Souza*





## 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: **099.848.944-44** 3 - CPF da vítima: **Adriano da Silva Coutey**

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

5 - Nome completo: <b>Monalisa Gabriela Souza Silva</b>	6 - CPF: <b>040.120.824-45</b>		
7 - Profissão: <b>Estudante</b>	8 - Endereço: <b>Rua Presidente Castelo Branco</b>		
9 - Número: <b>870</b>	10 - Complemento: <b></b>		
11 - Bairro: <b>Sandi Soares</b>	12 - Cidade: <b>Castelo de Rocha</b>		
13 - Estado: <b>RS</b>	14 - CEP: <b>58.884-000</b>		
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: **0585** 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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0585** 1 CONTA: **35.630** 1   
(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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 IMI, concordando, desde já, em me submeter a 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: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou testamento (airantes): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 01 Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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 - 1º | Nome: **Justino de Freitas Figueiredo**  
CPF: **711.119.484.53**

**Justino de Freitas Figueiredo**  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **ROBÉRGINA DF SOUSA SANTOS**  
CPF: **075.139.824.14**

**Robérmina de Souza Santos**  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Castelo de Rocha, 01/07/2020**

**Monalisa Gabriela Souza Silva**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 308/2020

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

Notificante: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO (PROCURADOR)**,  
\*\*\*\*\* 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 Emery Alves  
Pinheiro, endereço: Rua José Fagundes de Lira, s/n, Jardins, Sousa-  
PB, referência: tel.: 83 9 9107-2277.

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

Vítima: **ADRIANO DA SILVA CORTEZ**, alcunha \*\*\*\*, NACIONALIDADE:  
brasileira, NATURALIDADE: Catolé do Rocha - PB, IDADE: \*\*\*\*,  
nascido em 13/09/1993, COR/RAÇA: \*\*\*\*\*, ESTADO CIVIL: Casado,  
PROFISSÃO: \*\*\*\*, ESCOLARIDADE: \*\*\*\*\*, DOCUMENTO: CPF:  
093.848.974-77, FILIAÇÃO: Querginaldo Cortez e de Laurita Maria da  
Silva Cortez, endereço: \*\*\*\*\* Distrito Coronel Maia, zona rural,  
Catolé do Rocha-PB, referência: \*\*\*. Tel/Cel: (\*\*\*) \*\*\*;

**HISTÓRICO DO FATO**

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

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

Notificante  Testemunha Arrogada

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



Identificação	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito 06/06/2013	3) Hora 17:00:00	4) Cartão SUS 00000000000000000000000000000000	5) Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)		
	6) Nome do Falecido JULIA RITA COSTA	7) Nome da Mãe MARGARIDA COSTA	8) Nome do País BRASIL	9) Situação conjugal Separado judicialmente / divorciado			
Residência	10) Data de nascimento 10-07-1943	11) Idade 76 Anos completos	12) Menores de 1 ano Meses: 00 Dias: 00 Horas: 00 Minutos: 00 Ignorado: 0	13) Sexo M - Mas. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado: 0	14) Raça/Cor Branca <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>	15) Situação conjugal Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Vôvo <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	
	16) Escolaridade (última série concluída) Nível 0) Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 3) Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Ignorado: 0	1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> 4) Superior Incompleto <input type="checkbox"/> 9	2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> 5) Superior completo <input type="checkbox"/>	17) Logradouro (rua, praça, avenida, etc) 07701-0000	18) Número 07701-0000	19) Complemento 00000000000000000000000000000000	20) CEP 63884-000
	21) Bairro/Distrito 07701-0000	22) Código 00000000000000000000000000000000	23) Municipio de residência 07701-0000	24) Código 00000000000000000000000000000000	25) Número 00000000000000000000000000000000	26) Complemento 07701-0000	27) UF 00000000000000000000000000000000
Ocorrência	28) Local de ocorrência do óbito 1) Hospital <input type="checkbox"/> 2) Outros estab. saúde <input type="checkbox"/> 3) Domicílio <input type="checkbox"/> 4) Via pública <input type="checkbox"/> 5) Outros <input type="checkbox"/> 6) Adulta <input type="checkbox"/> 7) Indígena <input type="checkbox"/> Ignorado: 0	29) Estabelecimento 07701-0000	30) Código CNES 00000000000000000000000000000000				
IV	31) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) 07701-0000	32) Código 00000000000000000000000000000000	33) Municipio de ocorrência 07701-0000	34) Código 00000000000000000000000000000000	35) Número 00000000000000000000000000000000	36) Complemento 07701-0000	37) CEP 63884-0000
	38) PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE 39) Idade (anos) 0) Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 1) Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> 2) Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/>	40) Nível 3) Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> 4) Superior Incompleto <input type="checkbox"/> 5) Superior completo <input type="checkbox"/>	41) Número de filhos tidos Nascidos vivos <input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos <input type="checkbox"/> Ignorado: 0	42) N° de semanas de gestação 99 Ignorado: 0	43) Série Ignorado: 0	44) Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	45) Código CBO 2002 00000000000000000000000000000000
	46) Número de filhos tidos Nascidos vivos <input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos <input type="checkbox"/> Ignorado: 0	47) N° de semanas de gestação 99 Ignorado: 0	48) Tipo de gravidez 1) Única <input type="checkbox"/> 2) Dupla <input type="checkbox"/> 3) Tripla e mais <input type="checkbox"/> 99 Ignorado: 0	49) Tipo de parto 1) Vaginal <input type="checkbox"/> 2) Cesáreo <input type="checkbox"/> 99 Ignorado: 0	50) Morte em relação ao parto 1) Antes <input type="checkbox"/> 2) Durante <input type="checkbox"/> 3) Depois <input type="checkbox"/> 99 Ignorado: 0	51) Peso ao nascer Gramas 99 Ignorado: 0	52) Número da Declaração de Nascido Vivo 99 Ignorado: 0
	53) ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 54) A morte ocorreu 1) Na gravidez <input type="checkbox"/> 2) No parto <input type="checkbox"/> 3) No abortamento <input type="checkbox"/> 4) A 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 5) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 6) Não ocorreu nestes períodos <input type="checkbox"/>	55) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1) Sim <input type="checkbox"/> 2) Não <input type="checkbox"/> 99 Ignorado: 0	56) Necropsia? 1) Sim <input type="checkbox"/> 2) Não <input type="checkbox"/> 99 Ignorado: 0				
	57) CAUSAS DA Morte PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.	58) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) TETUANISMO CRUPO FACCINHO	59) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID				
	60) CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	b) TETUANISMO TÉQUEIXA					
	c) METO CEREBRAL	d) VENENOS MULTIPLOS OESTEUS					
	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.						
VI	61) Condicoes e causas do óbito Nome do Médico Dr. Carlos Antonio de S. Nunes	62) CRM 4764	63) Óbito atestado por Médico 1) Assistente <input type="checkbox"/> 2) Substituto <input type="checkbox"/> 3) IML <input type="checkbox"/> 4) SVO <input type="checkbox"/> 5) Outro <input type="checkbox"/>	64) Municipio e UF do SVO ou IML UF			
	65) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 00000000000000000000000000000000	66) Data do atestado 06/06/2013	67) Assinatura 06/06/2013	68) Dr. Carlos Antonio de S. Nunes CRM: RN-8844 PB-9764			
VII	69) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico) 70) Tipo 1) Acidente <input type="checkbox"/> 2) Suicídio <input type="checkbox"/> 3) Homicídio <input type="checkbox"/> 4) Outros <input type="checkbox"/> Ignorado: 0	71) Descrição sumária do evento	72) Fonte da Informação 1) Ocorrência Policial N° 2) Hospital <input type="checkbox"/> 3) Família <input type="checkbox"/> 4) Outra <input type="checkbox"/> Ignorado: 0	73) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1) Via pública <input type="checkbox"/> 2) Endereço de residência <input type="checkbox"/> 3) Outro domicílio <input type="checkbox"/> 4) Estabelecimento comer <input type="checkbox"/> 5) Outros <input type="checkbox"/> 6) Ignorada: 0			
	74) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc) 07701-0000	75) Número 00000000000000000000000000000000	76) Bairro 00000000000000000000000000000000	77) Municipio 00000000000000000000000000000000	78) UF 00000000000000000000000000000000		
VIII	79) Cartório Código 00000000000000000000000000000000	80) Registro Código 00000000000000000000000000000000	81) Data 00000000000000000000000000000000	82) UF 00000000000000000000000000000000			
	83) Município Código 00000000000000000000000000000000	84) Declarante Código 00000000000000000000000000000000	85) Testemunhas A	86) UF 00000000000000000000000000000000			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA

Cartório Distrital de Cel Maia

CARTÓRIO DISTRITAL DE CEL MAIA

Distrital de Cel Maia, Catolé do Rocha-PB

GUIA DE SEPULTAMENTO



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

Nome: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

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

Data Nascimento: 13/09/1993

Data Obito: 03/06/2020

Filiação: QUERGINALDO CORTEZ  
LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Profissão: Desempregado

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

Catolé do Rocha-PB, 4 de junho de 2020

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

Francisco das Chagas Silva  
Oficial do Registro Civil  
CPF: 414.889.804-91



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2020 15:39:49

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102615394908500000034298530>

Número do documento: 20102615394908500000034298530

Num. 35914831 - Pág. 66



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 308/2020

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

Notificante: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO (PROCURADOR)**,  
\*\*\*\*\* 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 Emery Alves  
Pinheiro, endereço: Rua José Fagundes de Lira, s/n, Jardins, Sousa-  
PB, referência: tel.: 83 9 9107-2277.

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

Vítima: **ADRIANO DA SILVA CORTEZ**, alcunha \*\*\*\*, NACIONALIDADE:  
brasileira, NATURALIDADE: Catolé do Rocha - PB, IDADE: \*\*\*\*,  
nascido em 13/09/1993, COR/RAÇA: \*\*\*\*\*, ESTADO CIVIL: Casado,  
PROFISSÃO: \*\*\*\*, ESCOLARIDADE: \*\*\*\*\*, DOCUMENTO: CPF:  
093.848.974-77, FILIAÇÃO: Querginaldo Cortez e de Laurita Maria da  
Silva Cortez, endereço: \*\*\*\*\* Distrito Coronel Maia, zona rural,  
Catolé do Rocha-PB, referência: \*\*\*. Tel/Cel: (\*\*\*) \*\*\*;

**HISTÓRICO DO FATO**

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

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

Notificante  Testemunha Arrogada

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



Identificação	<input type="checkbox"/> Fetal	<input type="checkbox"/> Data do óbito	<input type="checkbox"/> Cartão SUS	<input type="checkbox"/> Naturalidade
	<input type="checkbox"/> Não Fetal	19/06/2020	101365-2170000	Município / UF (se estiverem informe País)
<b>II</b> Residência	<b>6</b> Nome do Pai	7 Nome da Mãe		
	NECILANDO FELIX	19/06/2020		
<b>III</b> Ocorrência	<b>8</b> Data de nascimento	<b>9</b> Idade	<b>10</b> Sexo	<b>11</b> Raça/Cor
	15-09-1943	Anos completos Meses Dias	M - Mas. F - Fem. I - Ignorado	Branca Parda Preta Indígena Amarela
		Horas Minutos	<b>12</b> Situação conjugal	
			<input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Vôvo <input type="checkbox"/> Ignorado	
	<b>13</b> Escolaridade (última série concluída)	<b>14</b> Ocupação habitual	Código CBO 2002	
	Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> Série)	Médio (antigo 2 <sup>o</sup> grau) Superior Incompleto Superior completo	Série 9	19/06/2020
	<b>15</b> Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	<b>16</b> Número	<b>17</b> Complemento	<b>18</b> CEP
	07010-100			13884-000
	<b>19</b> Bairro/Distrito	<b>20</b> Código	<b>21</b> Municipio de residência	<b>22</b> Código
	07010-100		07010-30200	
	<b>23</b> Local de ocorrência do óbito	<b>24</b> Estabelecimento	Código CNES	
	Hospital Outros estab. saúde	Domicílio Via pública Aldeia Indígena	19/06/2020	
	<b>25</b> Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc)	<b>26</b> Número	<b>27</b> Complemento	<b>28</b> CEP
	07010-100			13884-000
	<b>29</b> Bairro/Distrito	<b>30</b> Código	<b>31</b> Municipio de ocorrência	<b>32</b> Código
	07010-30200		07010-30200	
<b>IV</b> Fetal ou menor que 1 ano	<b>33</b> PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	<b>34</b> Ocupação habitual	Código CBO 2002	
	<b>35</b> Idade (anos)	<b>36</b> Nível	Série	
	<input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> Série)	<input type="checkbox"/> Médio (antigo 2 <sup>o</sup> grau) Superior Incompleto Superior completo	<input type="checkbox"/> Ignorado 9	
	<b>37</b> Número de filhos tidos	<b>38</b> N° de semanas de gestação	<b>39</b> Tipo de gravidez	<b>40</b> Tipo de parto
	Nascidos vivos 99 Ignorado	Pardas fetais/abortos 99 Ignorado	Única Dupla Tripa e mais Ignorada	Vaginal Cesáreo Ignorado
	<b>41</b> Morta em relação ao parto	<b>42</b> Peso ao nascer	<b>43</b> Número da Declaração de Nascido Vivo	
	<input type="checkbox"/> Antes 2 No parto	<input type="checkbox"/> Durante 4 Até 42 dias após o término da gestação	<input type="checkbox"/> Depois 6 Não ocorreu nestes períodos	<input type="checkbox"/> Ignorado 9
	<b>44</b> ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	<b>45</b> ASSISTÊNCIA MÉDICA	<b>46</b> DIAGNÓSTICO CONFIRMADO PC	
	<b>47</b> A morte ocorreu	<b>48</b> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?	<b>49</b> Necrópsia?	
	<input type="checkbox"/> Na gravidez 2 No parto	<input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 4 Até 42 dias após o término da gestação	<input type="checkbox"/> Sim 1 Não 9 Ignorado	<input type="checkbox"/> Sim 2 Não 9 Ignorado
<b>V</b> Condições e causas do óbito	<b>50</b> CAUSAS DA Morte	Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID		
	<b>51</b> PARTE I			
	Doença ou estudo mórbido que causou diretamente a morte.			
	<b>52</b> CAUSAS ANTECEDENTES			
	Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.			
	<b>53</b> PARTE II			
	Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram, porém, na cadeia acima.			
<b>VI</b> Médico	<b>54</b> Nome do Médico	<b>55</b> CRM	<b>56</b> Óbito atestado por Médico	<b>57</b> Município e UF do SVO ou IML
	Carlos Antonio de S. Nunes	4464	<input type="checkbox"/> Assistente 2 Substituto 3 IML	UF
	<b>58</b> Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	<b>59</b> Data do atestado	<b>60</b> Assinatura	
	11-98154102	07/06/2020	Carlos Antonio de S. Nunes	CRM: RN-5844 PB-9764
<b>VII</b> Causas externas	<b>61</b> PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)			
	<b>62</b> Tipo	<b>63</b> Ignorado	<b>64</b> Acidente de trabalho	<b>65</b> Ignorado
	<input type="checkbox"/> Acidente 2 Suicídio	<input type="checkbox"/> Homicídio 4 Outros	<input type="checkbox"/> Sim 2 Não	<input type="checkbox"/> Fonte da Informação 1 Ocorrência Policial N° 2 Hospital 3 Família 4 Outra
	<b>66</b> Descrição sumária do evento			
	<b>67</b> ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA	<b>68</b> Número	<b>69</b> Bairro	<b>70</b> Município
	Logradouro (rua, praça, avenida, etc)			UF
<b>VIII</b> Cartório	<b>71</b> Cartório	<b>72</b> Código	<b>73</b> Registro	<b>74</b> Data
	Município			
	<b>75</b> Declarante			
	<b>76</b> Testemunhas			
	A			

Digitalizado com CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA

Cartório Distrital de Cel Maia

CARTÓRIO DISTRITAL DE CEL MAIA

Distrital de Cel Maia, Catolé do Rocha-PB

GUIA DE SEPULTAMENTO



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

Nome: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

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

Data Nascimento: 13/09/1993

Data Obito: 03/06/2020

Filiação: QUERGINALDO CORTEZ  
LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Profissão: Desempregado

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

Catolé do Rocha-PB, 4 de junho de 2020

*Francisco das Chagas Silva*  
Francisco das Chagas Silva

Oficial do Registro Civil

**Francisco das Chagas Silva**

Oficial do Registro Civil

CPF: 414.889.804-91

