



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	
MONALISA GABRIELA SOUSA OLIVEIRA (AUTOR)		MARCELO ANDRADE VIEIRA DE FREITAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35914831	26/10/2020 15:39	2759202_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Certidão de Casamento

NOMES

ADRIANO DA SILVA CORTÊZ

CPF

093.848.974-77

MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA

CPF

070.120.824-45

MATRÍCULA:

0717530155 2018 2 00025 188 0012549 16

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

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

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

DATA DO REGISTRO DO CASAMENTO (POR EXTENSO)

dezoito de dezembro de dois mil e dezoito

DIA

18

MES

12

ANO

2018

REGIME DE BENS DO CASAMENTO

Comunhão Parcial de Bens

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

Ele: O mesmo nome de solteiro

Ela: MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCER

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

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



Cartório do Registro Civil

Aldenora Fernandes Gadelha Martins - Oficiala Registro Civil

Catolê do Rocha-PB

Av. Venâncio Neves, S/N, Centro Catolê do Rocha-PB - CEP 55884000

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fe.

Catolê do Rocha-PB, 08 de julho de 2020

Kilvia Pereira de Araújo Gadelha
Kilvia Pereira de Araújo Gadelha
Oficiala Substituta

Selo Digital: AKB00959-867C

Consulte a autenticidade em:

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

Emolumentos e taxas: R\$ 23,00



AA 000077904

Associação dos Notários e Registradores do Estado de Pernambuco



Formulário de Registro Civil das Pessoas Naturais

DETAHAMENTO DA MATRÍCULA	
Matrícula	0018830195.1987.1.0003.050.0009533.31
Padrão	aaaaabbbcc dddd e fff ggg hhhhhh ii
DETAHAMENTO	
aaaaaa (19/1987-3)	Código Nacional da Serventia
bb (01)	Código do Livro, sendo: 01 - Livro A (Matrimonial) 02 - Livro B (Guarda) 03 - Livro C (Sucessão) 04 - Livro D (Pensão) 05 - Livro E (Pensão) 06 - Livro F (Pensão) 07 - Livro G (Pensão) 08 - Livro H (Pensão) 09 - Livro I (Pensão) 10 - Livro J (Pensão) 11 - Livro K (Pensão) 12 - Livro L (Pensão) 13 - Livro M (Pensão) 14 - Livro N (Pensão) 15 - Livro O (Pensão) 16 - Livro P (Pensão) 17 - Livro Q (Pensão) 18 - Livro R (Pensão) 19 - Livro S (Pensão) 20 - Livro T (Pensão) 21 - Livro U (Pensão) 22 - Livro V (Pensão) 23 - Livro W (Pensão) 24 - Livro X (Pensão) 25 - Livro Y (Pensão) 26 - Livro Z (Pensão)
cc (15)	Tipode Serviço Prestado, sendo: 55 - Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais
ddd (1987)	Ano do Registro
ee (1)	Três do Livro, sendo: 1 - Livro A (Matrimonial) 2 - Livro B (Guarda) 3 - Livro C (Sucessão) 4 - Livro D (Pensão) 5 - Livro E (Pensão) 6 - Livro F (Pensão) 7 - Livro G (Pensão) 8 - Livro H (Pensão) 9 - Livro I (Pensão) 10 - Livro J (Pensão) 11 - Livro K (Pensão) 12 - Livro L (Pensão) 13 - Livro M (Pensão) 14 - Livro N (Pensão) 15 - Livro O (Pensão) 16 - Livro P (Pensão) 17 - Livro Q (Pensão) 18 - Livro R (Pensão) 19 - Livro S (Pensão) 20 - Livro T (Pensão) 21 - Livro U (Pensão) 22 - Livro V (Pensão) 23 - Livro W (Pensão) 24 - Livro X (Pensão) 25 - Livro Y (Pensão) 26 - Livro Z (Pensão)
fff (0013)	Número do Livro
ggg (056)	Número da Folha
hhhhhh (0000533)	Número do Termo
ii (1)	Digito Verificador

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

EM BRANCO

EM BRANCO





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	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	PARDA	casado, 26 anos
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
Catolê do Rocha-PB	-- NÃO INFORMADO --	SIM - Nº 042160581287, Zona: 36 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DE FALECIMENTO

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

DIA	MÊS	ANO
03	06	2020

LOCAL DO FALECIMENTO

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

CAUSA DA MORTE

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

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

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

DECLARANTE

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

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Carlos Antonio de S Nunes, CRM 9764

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

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



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

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

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Distrito de Coronel Maia-PB, 4 de Junho de 2020

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



Selo Digital: AFC44140-5M14

Consulte a autenticidade em:
<http://autodigital.tjpb.jus.br>
Em documentos a partir de 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	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino	PARDA	casado, 26 anos
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
Catolê do Rocha-PB	-- NÃO INFORMADO --	SIM - Nº 042160581287, Zona: 36 - PG

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

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

DATA E HORA DE FALECIMENTO

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

DIA	MÊS	ANO
03	06	2020

LOCAL DO FALECIMENTO

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

CAUSA DA MORTE

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

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO

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

DECLARANTE

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

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Carlos Antonio de S Nunes, CRM 9764

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

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



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

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

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

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Distrito de Coronel Maia-PB, 4 de Junho de 2020

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

Selo Digital: AFC44140-5M14

Consulte a autenticidade em:
<http://autodigital.tjpb.jus.br>
Em documentos a partir de R\$ 0,00



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: QUERGINALDO CORTEZ

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05774-6

CONTA: 000000006366-5

Nr. Autenticação

BRADESCO0607202005000000000023705774000000006366675000 PAGO



BOLETO PARA PAGAMENTO



Orcamentado eletronicamente.

Orcamento este e obrigatorio de envio.

Validade para pagamento da nota fiscal de energia elétrica - Nº 042.738.386

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Br 236, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 08.095.183/0001-40 Insc.Est. 15.015.823-0

PAGADOR: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ		CPF: 061.608.574-97	
SIT: CEL. MAIA S/N		51660327-8	
CATOLE DO ROCHA			

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

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data do Pagamento: 06/05/2020				
Pagador: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ CNPJ/CPF: 061.608.574-97				
SIT: CEL. MAIA S/N - AREA RURAL - CATOLE DO ROCHA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014828449	000660327702004	05/05/2020	R\$ 66,91	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				



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

BOLETO PARA PAGAMENTO



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

Orcamentado eletronicamente.

O pagamento pode ser realizado de várias formas.

Verifique suas opções de pagamento na tela finalização do sistema Energisa - Nº 042.738.386

PAGADOR: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ RUA CEL MAIA S/N CATOLE DO ROCHA		Nº DO BOLETO: 51660327-8	
---	--	--------------------------	--

PERÍODO DE VIGÊNCIA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DO BOLETO	DATA DE PAGAMENTO	VALOR A PAGAR
ABR/2020	27/04/2020	74	05/05/2020	R\$ 66,91

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data do Pagamento: 06/05/2020				
Pagador: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ CNPJ/CPF: 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
26249120014828449	000660327702004	05/05/2020	R\$ 66,91	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				



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

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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

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

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

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

Eu, Carlos Ademir Elias Pinheiro

RG nº 2202097-006008, data de expedição 15 / 02 / 2019

Órgão Detran - PB, CPF nº 973.419.833-53

venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua José Faquinalis de Lencina</u>
Número	<u>50.</u>
Apto/Complemento	
Bairro	<u>Quilto Preto</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58800-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 99919-43-07</u>
E-mail	<u>vera-dipvat@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me

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

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

Assinatura do Declarante



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 044.869.417



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

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1762903-1

REFERÊNCIA

MAI/2020

APRESENTAÇÃO

26/05/2020

CONSUMO

458

VENCIMENTO

26/06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 278,76

Acesse: www.energisa.com.br

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



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

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



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

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1796702-7

REFERÊNCIA

JUN/2020

APRESENTAÇÃO

09/06/2020

CONSUMO

86

VENCIMENTO

17/06/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 22,68

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 16603.449170 3 828900000002268				
Pagador: VICTOR PEREIRA DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 082.851.744-41				
RUA JOAO ALVES FERNANDES 9 1 AND - CENTRO - BREJO DO CRUZ / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120016603449	001796702202006	17/06/2020	R\$ 22,68	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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: **ROBERGUIA DE SOUSA SANTOS**

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

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **11/06/2005**

Digito Verificador: **00**

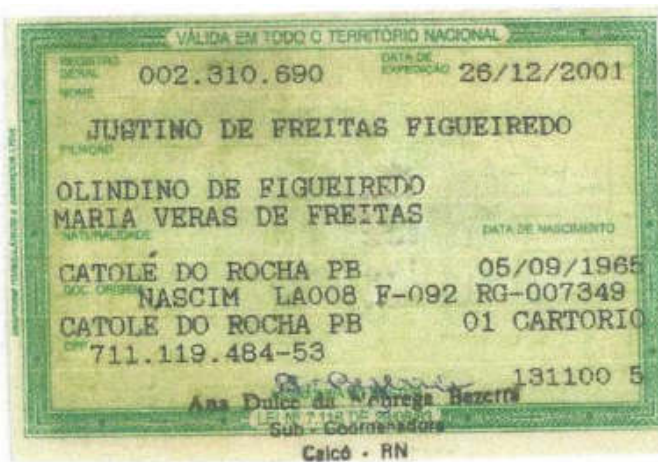
Comprovante emitido às: **10:34:50** do dia **01/07/2020** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **4C0F.E62E.B998.82BE**



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

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





**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Policiano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA

DIPOUSE ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

717.523.49

REFERÊNCIA

FEV/2020

1. CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

SIMONE XAVIER DA SILVA

RUA PROJETADA, SN - 1º ANDAR - EMBOCA BREJO DO
CRUZ, PB 58590-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
107.001.525.0151.000	000	Residencial	Comercial	Industrial	Público	
		1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y05X308616	10/08/2016	EXT LACR	LIGADO	POTENCIAL		
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.						
JAN/2020	4	PARÂMETROS EXIG.		ANÁLIS. CONFORMES		
FEV/2019	3	TURBIDEZ		0	0	0
MAR/2019	4	CLORO		0	0	0
ABR/2019	6	COL. TÈRMIC		0	0	0
MAI/2019	5	COR		0	0	0
JUN/2019	3	COL. TOTAIS		0	0	0
MEDIA(M)	3	DADOS REFERENTES A: DEZ/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 19/02/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 10:50:13

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	3 M3	37,91
ESGOTO		
ACRESCIMO(S) MES(ES) ANT. 08/2019		0,75
JUROS DE HORA 08/2019		1,50
FATURAS EM ATRASO		
REF 20/001 37,91		

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

VENCIMENTO:

06/03/2020

Total a Pagar:

R\$ 40,16



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		VALIDADE EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 33 360 50 21 JUN 2005	
DI/P-145  		SOBRENOME: ROBÉRGUA DE SOUSA SANTOS. EM AGUARD: Egídio Leite dos Santos. Raimunda Deuzuite de Sousa Santos.	
Assinatura do Titular: <i>Robérquia de Sousa Santos</i> ASSINATURA DO TITULAR		NATURALIDADE: Catolé do Rocha-PB DATA DE NASCIMENTO: 19-NOV-1978 DOQ ORIGEM: C.Nasc.6.971-Fls.297-Liv.A-07 Cart de Catolé do Rocha-PB	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		CPF: <i>04.110.110-00</i> Assinatura do Emissor: <i>[Signature]</i> Assinatura do Emissor	





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações aos segurados, 24 horas por dia): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 1206 | Central Ouvidoria: 0800 021 9133

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF¹.

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

Pelo exposto, eu

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

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

Guarinaldo Cortez

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

do sinistro de DPVAT cobertura

morte

da vítima

Adriano da Silva Cortez

inscrito (a) no CPF sob o nº **093.848.974/77**, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: **RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA**

Número: **SN** Complemento: _____

Bairro: **JARDINS**

Cidade: **SOSA**

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

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

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

83 99919-4307

Lugar e Data: **SOSA-PB, 19/06/2020**

Carlos Ademir Veras Pinheiro

Assinatura do Declarante

DLBRL-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 ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1896 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 88 | SAC (para defeitos e auditoria de sinistro): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASP?X7MPQ=1&CODIGO=29636>

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

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

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP: ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF: ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.132/88.

Pelo exposto, eu,

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

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

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

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

inscrito (a) no CPF sob o nº 093.848.974/77, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora 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. 289 do Código Penal.

Endereço: **RUA JOSÉ FAGUNDES DE LIRA**

Número: **SN**

Complemento: _____

Bairro: **JARDINS**

Cidade: **SOUSA**

Estado: **PB**

CEP: **58800-000**

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

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

83 99918-4307

Local e Data: **SOUSA-PB, 19/06/2020**

Assinatura do Declarante

DLDR 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 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 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 COAF¹.

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

Pelo exposto, eu 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 SOUSA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 070.120.824/45

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

inscrito (a) no CPF sob o Nº 095.848.944 / 74 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço:	<u>RUA ÁLVARO AZEVIAS</u>	Número:	<u>261</u>	Complemento:	<u>ESCritório</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>CATOLÉ DO ROCHA</u>	Estado:	<u>PI</u>
E-mail:	<u>marceloav-vieira@hotmail.com</u>			CEP:	<u>58.884-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>(83) 99604-5145</u>

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

MARCELO ANDRADE VIEIRA DE FREITAS

Assinatura do Declarante

DLRL001 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: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

2 - Nº do anexo ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093.848.934-77 4 - Nome completo da vítima: Admario da Silva Pontes

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

5 - Nome completo: Venâncio da Costa Cortez 6 - CPF: 037.735.894-09

7 - Profissão: Agravado 8 - Endereço: Sítio Bel Mar 9 - Número: 5A 10 - Complemento:

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

15 - E-mail: venancio@ataholmail.com 16 - Telefone: (83) 99918-43-07

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 5774 6 CONTA: 0006366 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, que não submetter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora. Utor 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 da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Monalisa Gabriela Sousa Silva

26 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 27 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 28 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha pais/avós, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou irmãos? ☒ Sim ☐ Não 31 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 32 - Vítima deixou outros parentes? ☒ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Wesley Reges de Sousa

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

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

38 - 1ª Nome: Raimundo da Fonseca Silva

CPF: 080.857.044-64

Assinatura da testemunha: Raimundo da Fonseca Silva

39 - 2ª Nome: Katia Shirley Praves Ferreira

CPF: 797.995-313-49

Assinatura da testemunha: Katia Shirley Praves Ferreira

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (doadante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

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



V-02
P-145



NAO ALFABETIZADO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CASA DA MURDA DO BRASIL

Digitalizado com CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

1.416.355

-2 VIA

03/05/2017

NOME

QUERGINALDO CORTEZ

FILIAÇÃO

MARIA ROSALINA

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

PATU-RN

DOC ORIGEM

04/08/1957

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

037.735.894-09

João

ASSINADO ELETRONICAMENTE
LEI Nº 7.116 DE 09/08/83

Ident. Civil e Criminal



Digitalizado com CamScanner



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

DOC ORIGEM

CATOLE DO ROCHA-PB

05/06/1953

CASAM N.1849 FLS.11 LIV.5

CPF

CARTORIO C ROCHA-PB

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

081.608.574-97

Nome

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Nascimento

05/06/1953

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOVO
CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

DOC. IDENTIDADE / CDT. EMISSOR UF
2001097006008 SSPDS CE

CPF
973.419.833-53

DATA NASCIMENTO
12/06/1982

FUNÇÃO
CARLOS EMEY ALVES
PINHEIRO
ELIDA MARIA VERAS
PINHEIRO

PERMISSÃO **ACC** **CAT. 19**

Nº REGISTRO
64891656868

VALIDADE
12/12/2024

1ª EMISSÃO
29/11/2008

OBSERVAÇÕES

CLALURK

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SOUSA, PB

DATA EMISSÃO
15/02/2019

ASSINATURA DO EMISSOR
64891656868
PP038419890

PARAÍBA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1674155790

PROIBIDO PLASTIFICAR
1674155790





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADRIANO DA SILVA CORTEZ

FILIAÇÃO.....: QUERGINALDO CORTEZ

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

NASCIMENTO.....: 13/09/1993

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CATOLÉ DO ROCHA - PB

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

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

LEI Nº 2.048, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 083.848.974-77

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

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

João Luiz de Souza Filho
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

180.15859.38-7

NÚMERO

4250541

SÉRIE

003-0

UF

PB

Adriano da Silva Cortez

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



CASA DA MOEDA DO BRASIL

Digitalizado com CamScanner



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.449.199 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/01/2020

NOME MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA

FILIAÇÃO CLAUDIO AURELIO DE OLIVEIRA RUBIANIA DE SOUSA SANTOS

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

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

CPF 070.120.824-45

ASSINATURA DO DETENTOR

Assinatura de SUELIO MOREIRA TORRES

Assinatura de SUELIO MOREIRA TORRES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO DETENTOR

Monalisa Gabriela Sousa Silva

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P-145

V-02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Digitalizado com CamScanner





ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL

CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME
MARCELO ANDRADE VIEIRA DE FREITAS

FILIAÇÃO
MANOEL VIEIRA DE FREITAS
RITA DE CASSIA ANDRADE DE FREITAS

NATURALIDADE
CATOLÉ DO ROCHA-PB

DATA DE NASCIMENTO
28/01/1987

RG
2.990.071 - SSP/PB

CPF
056.576.024-63

DOADOR DE ÓRGÃOS E TECIDOS
NÃO

VIA EXPEDIDO EM
01 12/01/2016

PAULO ANTONIO MAIA E SILVA
PRESIDENTE

INSCRIÇÃO:

22111



6



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

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 13024095



ASSINATURA DO PORTADOR

Marcelo Andrade Vieira de Freitas

OBSERVAÇÕES





QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ADRIANO DA SILVA CORTEZ

FILIAÇÃO.....: QUERGINALDO CORTEZ

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

NASCIMENTO.....: 13/09/1993

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: CATOLÉ DO ROCHA - PB

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

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

LEI Nº 2.048, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 083.848.974-77

CNH:

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

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

João Carlos de Souza Filho
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego na Paraíba

ASSINATURA DO EMISSOR





MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

180.15859.38-7

NÚMERO

4250541

SÉRIE

003-0

UF

PB

Adriano da Silva Cortez

ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO



CASA DA MOEDA DO BRASIL

Digitalizado com CamScanner

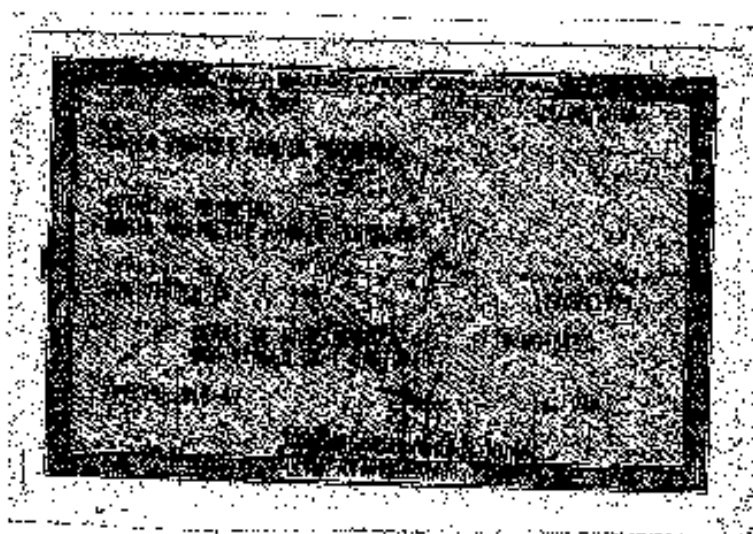
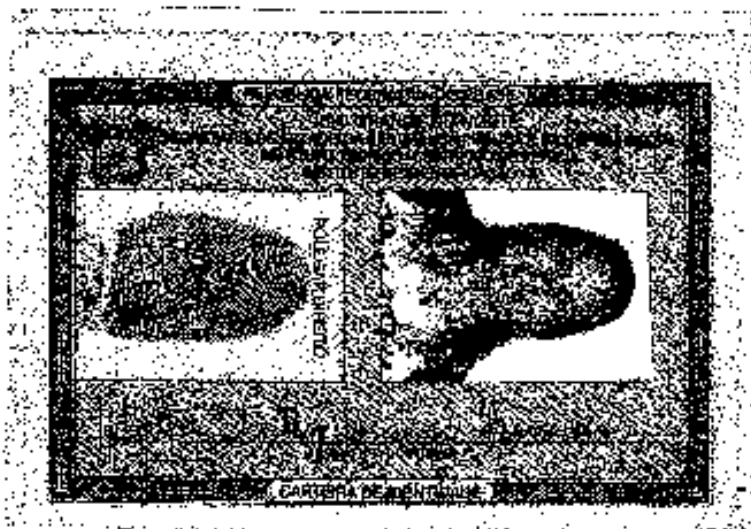


REPÚBLICA DE GUATEMALA
 MINISTERIO DE LA FAMILIA Y DE LA JUVENTUD
 DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL

NOMBRE: SUELIO MOREIRA TORRES
 NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 16336019530
 FECHA DE NACIMIENTO: 28/04/1989
 SEXO: M
 ESTADO CIVIL: SOLTERO
 FECHA DE EMISIÓN: 22/07/2021
 FECHA DE VIGENCIA: 22/07/2021

PARA LA FAMILIA Y LA JUVENTUD





Σεμινάρια

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
51658307-3

[illegible][illegible]

REVENUE BY AD TYPE		CUMULATIVE REVENUE BY AD TYPE	
AD TYPE	REVENUE	AD TYPE	REVENUE
Display	1,100	Display	1,100
Search	1,100	Search	1,100
Video	1,100	Video	1,100
Native	1,100	Native	1,100
Partner	1,100	Partner	1,100
Referral	1,100	Referral	1,100
Direct	1,100	Direct	1,100
Other	1,100	Other	1,100
Total	11,000	Total	11,000

ITEM	QUANTITY	UNIT	PRICE	TOTAL
1.000	1.000	UNIT	12.00	12.00
2.000	2.000	UNIT	12.00	24.00
3.000	3.000	UNIT	12.00	36.00
4.000	4.000	UNIT	12.00	48.00
5.000	5.000	UNIT	12.00	60.00
6.000	6.000	UNIT	12.00	72.00
7.000	7.000	UNIT	12.00	84.00
8.000	8.000	UNIT	12.00	96.00
9.000	9.000	UNIT	12.00	108.00
10.000	10.000	UNIT	12.00	120.00
11.000	11.000	UNIT	12.00	132.00
12.000	12.000	UNIT	12.00	144.00
13.000	13.000	UNIT	12.00	156.00
14.000	14.000	UNIT	12.00	168.00
15.000	15.000	UNIT	12.00	180.00
16.000	16.000	UNIT	12.00	192.00
17.000	17.000	UNIT	12.00	204.00
18.000	18.000	UNIT	12.00	216.00
19.000	19.000	UNIT	12.00	228.00
20.000	20.000	UNIT	12.00	240.00
21.000	21.000	UNIT	12.00	252.00
22.000	22.000	UNIT	12.00	264.00
23.000	23.000	UNIT	12.00	276.00
24.000	24.000	UNIT	12.00	288.00
25.000	25.000	UNIT	12.00	300.00
26.000	26.000	UNIT	12.00	312.00
27.000	27.000	UNIT	12.00	324.00
28.000	28.000	UNIT	12.00	336.00
29.000	29.000	UNIT	12.00	348.00
30.000	30.000	UNIT	12.00	360.00
31.000	31.000	UNIT	12.00	372.00
32.000	32.000	UNIT	12.00	384.00
33.000	33.000	UNIT	12.00	396.00
34.000	34.000	UNIT	12.00	408.00
35.000	35.000	UNIT	12.00	420.00
36.000	36.000	UNIT	12.00	432.00
37.000	37.000	UNIT	12.00	444.00
38.000	38.000	UNIT	12.00	456.00
39.000	39.000	UNIT	12.00	468.00
40.000	40.000	UNIT	12.00	480.00
41.000	41.000	UNIT	12.00	492.00
42.000	42.000	UNIT	12.00	504.00
43.000	43.000	UNIT	12.00	516.00
44.000	44.000	UNIT	12.00	528.00
45.000	45.000	UNIT	12.00	540.00
46.000	46.000	UNIT	12.00	552.00
47.000	47.000	UNIT	12.00	564.00
48.000	48.000	UNIT	12.00	576.00
49.000	49.000	UNIT	12.00	588.00
50.000	50.000	UNIT	12.00	600.00
51.000	51.000	UNIT	12.00	612.00
52.000	52.000	UNIT	12.00	624.00
53.000	53.000	UNIT	12.00	636.00
54.000	54.000	UNIT	12.00	648.00
55.000	55.000	UNIT	12.00	660.00
56.000	56.000	UNIT	12.00	672.00
57.000	57.000	UNIT	12.00	684.00
58.000	58.000	UNIT	12.00	696.00
59.000	59.000	UNIT	12.00	708.00
60.000	60.000	UNIT	12.00	720.00
61.000	61.000	UNIT	12.00	732.00
62.000	62.000	UNIT	12.00	744.00
63.000	63.000	UNIT	12.00	756.00
64.000	64.000	UNIT	12.00	768.00
65.000	65.000	UNIT	12.00	780.00
66.000	66.000	UNIT	12.00	792.00
67.000	67.000	UNIT	1	

Faintly visible text at the bottom of the page:

Page 10 of 10
Faintly visible text at the bottom of the page.

[illegible]

BANCO DO BRASIL - Agência Especializada em Financiamento de Pequenas e Médias Empresas

90180 000028 02824.812005 14831.384170 8 82410000057293


45409 LARSEN, JAMES DONALD JR. 10-CP/1000 0000-133007
45410 LARSEN, JAMES DONALD JR. 10-CP/1000 0000-133007
10-CP/1000 0000-133007

10-20 (PB 155) 250100	10-20 (PB 155) 250100	10-20 (PB 155) 250100	10-20 (PB 155) 250100	10-20 (PB 155) 250100
10-20 (PB 155) 250100	10-20 (PB 155) 250100	10-20 (PB 155) 250100	10-20 (PB 155) 250100	10-20 (PB 155) 250100

[illegible]

Journal of Interpersonal Violence 26(9) 2011
DOI: 10.1177/0886260511418888
© The Author(s) 2011




Energy[illegible][illegible]

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 103-107.

1. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1039-1043.

223

100%	1.10	1.50
50%	0.63	0.51
25%	0.31	0.26

0.000 0.000 0.000
0.000 0.000 0.000
0.000 0.000 0.000
0.000 0.000 0.000

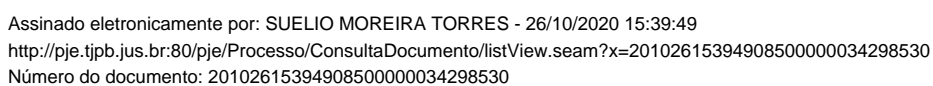
1991

148-724

—

Account	Value	%
Equity	21.82	16.5
Debt	60.85	27.8
Assets	2.64	1.3
Liabilities	3.54	1.7
Net Worth	0.13	0.04
Total	100.00	100.00

1280574186



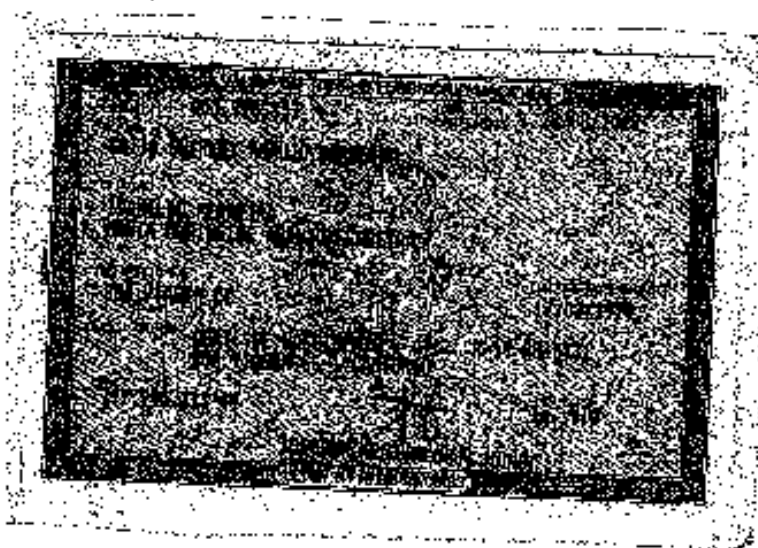
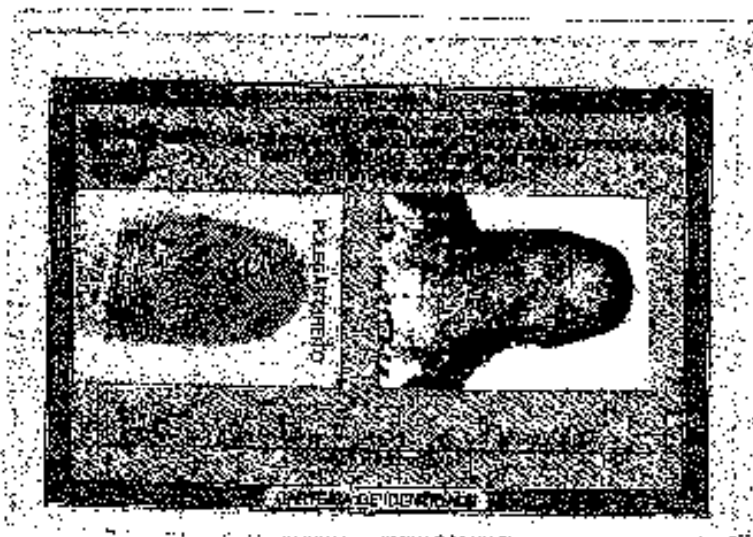
Seu e-mail é considerado pessoal.
 Não compartilhe e não republique de forma alguma.
 Como parte de nossa política de privacidade, não compartilhamos seu e-mail com terceiros. Nº 025.411.150

[illegible]

ALSO SEE www.enr.com for

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.812088 01943.637171 1 78050000003832				
Pagador: GERLIANA MARIA PEREIRA DA SILVA CNPJ/CPF: 040.911.334-65				
RUA GERALDO GONÇALVES SARMENTO 61N CASA F - MARIA RACHEL - SOUSA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249-200001943637	001712621201905	30/05/2019	R\$ 30,32	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.695.103/0001-43
SR230 KM 26, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-600				
Agência / Código do Beneficiário: 3084-3/2447-3				





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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

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

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

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

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

Ronald
Bom dia

Solicito 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

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

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

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

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

De: Katherine Moraes <katherine.moraes@seguradoralider.com.br>

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

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

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

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

De acordo.

Lia, para feedback.

Obrigada,

Att,

Katherine Moraes

Gerência de Sinistros

katherine.moraes@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4749



www.seguradoralider.com.br

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

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

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

De: Anderson Bezerra <anderson.bezerra@seguradoralider.com.br>

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

Para: Katherine Moraes <katherine.moraes@seguradoralider.com.br>

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

Kath,



Segue para aprovação.

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

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

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

Atenciosamente,

Anderson Bezerra

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

anderson.bezerra@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal: 4539



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 – 21º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

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

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

De: KATIANA DOS SANTOS MATOS <katiana.matos@seguradoralider.com.br>

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

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

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

Anderson

Bom dia

Reitero.

Atenciosamente

Katiana Matos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

Rua Senador Dantas, 74 - 15º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20031-205

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

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



De: KATIANA DOS SANTOS MATOS

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

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

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

Anderson

Boa tarde

Solicito autorização para cadastramento 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 cadastramento.

Atenciosamente

Katiana Matos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

katiana.matos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4040



www.seguradoralider.com.br

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

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

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

De: consultas.dpvat@seguradoralider.com.br <consultas.dpvat@seguradoralider.com.br>

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

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

Cc: Relacionamento Canais <relacionamento.canais@seguradoralider.com.br>

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

Jane

Boa tarde

Analisaremos o caso.

Pedimos aguardar nosso retorno.

Atenciosamente

Katiana Matos

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



De: Jane Costa [jane.apdcosta@gmail.com]

Enviada em: 04/08/2020 13:23:46

Para: consultas.dpvat@seguradoralider.com.br

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

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

Katiana, boa tarde

Segue documentos da Monalisa.

Estamos a disposição.

Atenciosamente

Jane

41-9 96864626

83-9 99256034

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

Jane

Boa tarde

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

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

Atenciosamente

Katiana Matos

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

De: Jane Costa [jane.apdcosta@gmail.com]

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

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

CC: consultas.dpvat@seguradoralider.com.br

Assunto: Re: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Prezados, boa tarde



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

No aguardo

Atenciosamente

Jane
41-9 96864626
83-9 99256034

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

Olá Srª Jane, bom dia!

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

Prezados, boa tarde!

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



Detalhe de Sinistro			
Sinistro	Qualificação	Pessoas	Pagamento
Nome	Tipo Beneficiário	Representa	Pagamento Efe
✓ QUERGINALDO CORTEZ	Ascendente		R\$ 6.750,00
✓ LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ	Ascendente		R\$ 6.750,00
			R\$ 13.500,00
Consultar por Creditado			

Atenciosamente,

relacionamento.canais@seguradoralider.com.br

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

www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembleia, 100 - 16º andar

Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-000

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

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



De: "Jane Costa" <jane.apdcosta@gmail.com>

Enviada em: 23/07/2020 13:46

Para: "Relacionamento Canais" <relacionamento.canais@seguradoralider.com.br>

Assunto: SINISTRO 3200220182 - VITIMA ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Prezados, boa tarde

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

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

Peço orientação de como resolver a situação.

No aguardo

Atenciosamente

Jane

41-9 96864626

83-9 99256034



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

OUTORGANTE:

Nome: Isaura Maria da Silva Cortez

Nacionalidade: Brasileira

Estado Civil: casada

Identidade: 1755.244

CPF: 081.608.574-97

Profissão: agricultora

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

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

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

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

OUTORGADO(A):

Nome: **CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO**

Nacionalidade: **BRASILEIRO** Estado Civil: **SOLTEIRO**

Identidade: **2001097006008** CPF: **973.419.833-53** PROFISSÃO: **EMPRESARIO.**

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

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

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

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

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

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

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

LOCAL E DATA:

Sousa - PB 19/06/2020.


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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Quirinoaldo Cortez
RG: 1.436.385 Órgão Emissor: SSP-PB CPF: 037.735.894-09
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: engenharia
Endereço: Sítio del Mariz Nº SN:
Bairro: Rua Rina Cep: 58884-000 Cidade/UF: Catolé do Rocha - PB

OUTORGADO:

Nome: Carlos Ademir Dias Rêgo
RG: 2004097006008 Órgão Emissor: SSP-CE CPF: 973.419.833-53
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado Profissão: Aut Endereço: Rua José Fagundes de Lima Nº SN:
Bairro: Pandeiros Cep: 58800-000 Cidade/UF: Sousa - PB

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

Vítima: Adriano da Silva Cortez CPF: 093.848.974-77
Data do Acidente: 03/06/2020 Cobertura solicitada: () Invalidez Permanente () Dams ☒ Morte

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

Nome: Wesley Roque da Silva
RG: 003488952 Órgão Emissor: Detran-PB CPF: 125.503.584-65
Endereço: Rua Otacilio Ramundo Dantas Nº SN:
Bairro: do Sombria Cep: 58005-215 Cidade/UF: Sousa - PB

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

Sousa - PB 19/06/2020
Local e Data

Wesley Roque da Silva
Assinante à Rogo



Testemunha 1:

Quirinoaldo FERNANDES SILVA
CPF: 083.837.044-66
Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020

Testemunha 2:

Katya Shirley Araújo Ferreira
CPF: 784.995.313-49
Local e Data: Sousa - PB 19/06/2020



PROCURAÇÃO

Outorgante: MONALISA GABRIELA SOUSA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADA, profissão Estudante, residente e domiciliado à Rua Presidente Castelo Branco, nº 840, bairro Samir Soares, Município de Catolê do Rocha, Estado de(o) PB, CEP 58.884-000, portador(a) do RG nº 4.499.199, SSP/PB e CPF nº 090.120.824-45.

Outorgado: MARCELO ANDRADE VIEIRA DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão ADVOGADO, residente e domiciliado(a) à Rua ALVARO AZARIAS, nº 161, bairro Centro, Município de Catolê do Rocha, Estado de(o) PB, CEP 58.884-000, portador(a) do RG nº 2990041, 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 RIBEIRO, ocorrido em 03/06/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Cível.

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.

Catolê do Rocha / PB, 26 de junho de 2020.

x Monalisa Gabriela Sousa Silva
Outorgante
CPF nº 090.120.824-45

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Cartório Rodolfo de Souza

Selo Digital: AKE02618-0801
Consulte a autenticidade em:
<http://redodigital.tpb.jus.br>

RECONHECIMENTO de Firma	<u>Monalisa</u>
<u>Gabriela Sousa Silva</u>	
per autenticidade em	
<u>26</u>	<u>06</u> de <u>2020</u>
<u>Monalisa</u>	
<u>Donatário: Adriano da Silva</u>	
112	

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: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Documentos de identificação
Outros

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

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

LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ : 081.608.574-97

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

QUERGINALDO CORTEZ : 037.735.894-09

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

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

MARCOS AURELIO VIDAL



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093.848.974-77 4 - Nome completo da vítima: Adilson da Silva Cortez

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

5 - Nome completo: Leandra Maria da Silva Cortez 6 - CPF: 082.608.574-97
7 - Profissão: agricultora 8 - Endereço: Sítio el Maria 9 - Número: 3W 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Catolé - do Rocha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58884000
15 - E-mail: leandrapvata@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (83) 99919-43-07

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☒ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora 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

Imagem digital da vítima ou beneficiário não alterada

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

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

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

38 - 1ª | Nome: Wesley Rangel de Sousa

CPF: 125.503.584-65

Wesley Rangel de Sousa

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: Katia Shirley Araújo Fereira

CPF: 797.995.315-49

Katia Shirley Araújo Fereira

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





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

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220182

Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Data do Acidente: 03/06/2020

Cobertura: MORTE

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

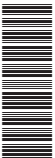
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00841/00842 - carta_01 - MORTE

00030421



Carta nº 15879696





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

Rio de Janeiro, 22 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220182

Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Data do Acidente: 03/06/2020

Cobertura: MORTE

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), QUERGINALDO CORTEZ

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

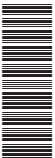
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00843/00844 - carta_01 - MORTE

00030422



Carta nº 15879697





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

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220182

Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Data do Acidente: 03/06/2020

Cobertura: MORTE

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01483/01484 - carta_25 - MORTE





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

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220182

Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Data do Acidente: 03/06/2020

Cobertura: MORTE

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), QUERGINALDO CORTEZ

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

Recebedor: QUERGINALDO CORTEZ

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000005774-6

Conta: 000006366-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

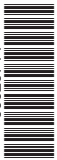
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01487/01488 - carta_29 - MORTE

00020744





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

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200220182

Vítima: ADRIANO DA SILVA CORTEZ

Data do Acidente: 03/06/2020

Cobertura: MORTE

Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

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

Recebedor: LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000005774-6

Conta: 0000013884-3

Tipo: CONTA CORRENTE

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01055/01056 - carta_29 - MORTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do anexo ou ASL: 3 - CPF da vítima: 093.848.934-77 4 - Nome completo da vítima: Admario da Silva Pontes

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

5 - Nome completo: Venâncio da Costa Cortez 6 - CPF: 037.735.894-09
7 - Profissão: Agravado 8 - Endereço: Sítio Bel Mar 9 - Número: 5A 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Catolé do Rocha 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58884-000
15 - E-mail: venancio@ataholmail.com 16 - Telefone: (83) 99918-43-07

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 5774 6 CONTA: 0006366 5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, considerando, desde já, a não submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora. Utor 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 da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de parentesco com a vítima: 24 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Monalisa Gabriela Sousa Silva

26 - Vítima tem filhos? ☒ Sim ☐ Não 27 - Se tinha filhos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 28 - Vítima tem irmãos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou ascendentes? ☒ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 0 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): Wesley Reges de Sousa
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): 125.503.584-68
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): Wesley Reges de Sousa

38 - 1ª Nome: Raimundo da Fonseca Silva
CPF: 080.857.044-64
39 - 2ª Nome: Raimundo da Fonseca Silva
CPF: 797.995-313-49
Assinatura da testemunha: Raimundo da Fonseca Silva

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (doadante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

7 - Nº do anexo ou ASL: 093.848.974-73 8 - CPF da vítima: 088.608.574-97 4 - Nome completo da vítima: Adriano da Silva Cortez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR/SUSEP Nº 465/2012

5 - Nome completo: Adriano da Silva Cortez 6 - CPF: 088.608.574-97
7 - Profissão: agricultor 8 - Endereço: Sítio do Alamo 9 - Número: 34 10 - Complemento:
11 - Bairro: Rua Rural 12 - Cidade: Catolice - do Rocha 13 - Estado: PA 14 - CEP: 58884000
15 - E-mail: adriano.dpvat@hotmail.com 16 - Tel./DDD: (83) 99919-43-07

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

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

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

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

21 - BANCO BANCÁRIO ☒ BANCÁRIO ☐ NÃO BANCÁRIO ☐ OUTRO
☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Anexe uma cópia)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3818 ☐ CONTA: 9913 ☐ 5
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização no seguro DPVAT Lei nº 5.134/74, uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em 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 a disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: PA 24 - Data do acidente: 08/06/2020
25 - Grau de parentesco com a vítima: viúvo 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não
27 - Se a vítima deixou outro(a) filho(a), informe o nome completo: Monalisa Gabriela Sousa Silva
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 30 - Vítima deixou assinatura/assinaturas? ☐ Sim ☒ Não
31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: ☐ Falecidos: ☐ 33 - Vítima deixou pais/pais vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que (a) qualquer contestação 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 - Assinatura da vítima/beneficiário: Suelio Moreira Torres
35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogar): Suelio Moreira Torres
36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogar): 787.995.313-49
37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogar): Suelio Moreira Torres
38 - 1ª | Nome: Wesley Roque de Sousa
CPF: 125.803.584-65
Wesley Roque de Sousa
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: Katiane Shirley Praxino Lima
CPF: 787.995.313-49
Katiane Shirley Praxino Lima
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Souza - PA 08/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (dedarante): Suelio Moreira Torres

42 - Assinatura do Procurador (se houver): Adriano da Silva Cortez

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 093.848.944-44 3 - CPF da vítima: 040.120.824-45 4 - Nome completo da vítima: Adriano da Silva Cortez

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

5 - Nome completo: Monalisa Gabriela Sousa Silva 6 - CPF: 040.120.824-45
7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Rua Presidente Castelo Branco 9 - Número: 870 10 - Complemento:
11 - Bairro: Santa Soares 12 - Cidade: Castelo de Roca 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.884-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: ROBERGUEIA DE SOUSA SANTOS CPF: 075.139.824.14

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Castelo de Roca, 03/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Monalisa Gabriela Sousa Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver): Manoel André Vianna de Freitas

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 308/2020

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

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

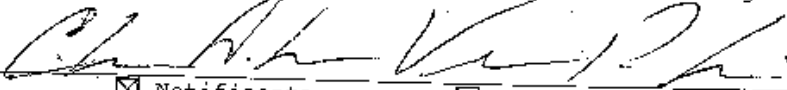
Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

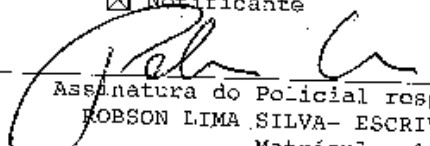
Vítima: **ADRIANO DA SILVA CORTEZ**, alcunha "*****", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Catolê do Rocha - PB, idade: *** ***, nascido em 13/09/1993, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado, Profissão: *****, Escolaridade: *****, documento: CPF: 093.848.974-77, filiação: Querginaldo Cortez e de Laurita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

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE na data e hora supracitadas a vítima conduzia uma motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, de cor cinza, ANO/MODELO: 2008/2008, placa MOG 7405 - PB, CHASSI: 9C2KC08108BR281375, licenciada em nome da vítima, na PB 325, próximo ao Motel El Paraíso, Catolê 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 Catolê do Rocha-PB, onde veio a óbito por traumatismo craneo encefálico, fratura de traqueia, morte cerebral e falência múltiplas dos órgãos, segundo a Certidão de óbito. Nada mais a consignar.

Catolê 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



I	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não fetal		2) Data do óbito 2020-04-26		3) Cartão SUS 1506640-0		4) Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País) Município / UF	
	5) Nome do Falecido SUELIO MOREIRA TORRES				6) Nome da Mãe MARIA APARECIDA DOS SANTOS			
	7) Nome do Pai ROSAELIO MOREIRA		8) Data de nascimento 12/04/1943		9) Idade Anos completos: 76 Meses: 00 Dias: 00 Horas: 00 Minutos: 00		10) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	
	11) Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela		12) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo		13) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> União consensual		14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) Código CBO 2002	
II	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA ELIAZ				16) CEP 13884-000		17) Município de residência CATALÃO - SP	
	18) Bairro/Distrito CENTRO		19) Código 13884-000		20) UF SP		21) Estabelecimento Código CNES	
III	22) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros				23) CEP 13884-000		24) Município de ocorrência CATALÃO - SP	
	25) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA ELIAZ		26) CEP 13884-000		27) Município de ocorrência CATALÃO - SP		28) UF SP	
IV	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
	29) Idade (anos) 36		30) Escolaridade (última série concluída) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		31) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) Código CBO 2002		32) Tipo de parto <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada	
	33) Número de filhos vivos 09		34) Nº de semanas de gestação 36		35) Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada		36) Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	
	37) Peso ao nascer 3.649		38) Número da Declaração de Nascido Vivo 649		39) CEP 13884-000		40) Município de ocorrência CATALÃO - SP	
V	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL							
	41) A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos				42) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	43) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				44) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO PC Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado			
	45) PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				46) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) TERAPIA INSUFICIENTE b) TRATAMENTO INADEQUADO c) DOENÇA CÉREBRAL d) FALHA NA ATENÇÃO			
VI	47) Nome do Médico DR. CARLOS ANTONIO DE S. NUNES		48) CRM 9-64		49) Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML		50) Município e UF do SVO ou IML UF	
	51) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 119948154102		52) Data do atestado 2020-04-26		53) Assinatura Dr. Carlos Antonio de S. Nunes		54) CRM: RN-8844 PB-9764	
VII	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)							
	55) Tipo <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros				56) Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra			
VIII	57) Descrição sumária do evento				58) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada			
	59) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA ELIAZ				60) Número 13884-000			
IX	61) Cartório		62) Código		63) Registro		64) Data	
	65) Município		66) UF		67) Declarante		68) Testemunhas	

Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA

Cartório Distrital de Cel Maia
CARTÓRIO DISTRITAL DE CEL MAIA

Distrital de Cel Maia, Catolé do Rocha-PB

GUIA DE SEPULTAMENTO



Termo 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 Óbito: 03/06/2020

Filiação: QUERGINALDO CORTEZ
LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Profissão: Desempregado

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

Católé do Rocha-PB, 4 de junho de 2020

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



Francisco das Chagas Silva
Oficial do Registro Civil
CPF: 414.809.004-91





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 308/2020

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data do fato: **03/06/2020** hora: **20H30MIN**

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

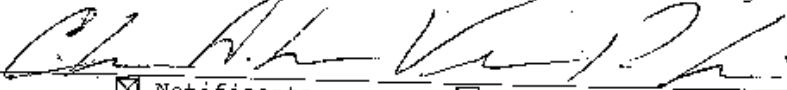
Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **Roberto F. Barros e Silva**

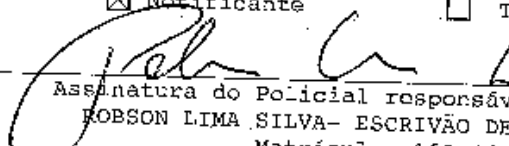
Vítima: **ADRIANO DA SILVA CORTEZ**, alcunha "****", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Catolé do Rocha - PB, idade: *** ***, nascido em 13/09/1993, cor/raça: *****, Estado Civil: Casado, Profissão: *****, Escolaridade: *****, documento: CPF: 093.848.974-77, filiação: Querginaldo Cortez e de Laurita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

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: QUE na data e hora supracitadas a vítima conduzia uma motocicleta HONDA/CG 150 TITAN KS, de cor cinza, ANO/MODELO: 2008/2008, placa 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 dos órgãos, segundo a Certidão de óbito. Nada mais a consignar.

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


☒ Notificante ☐ Testemunha Arrogada


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



I	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input type="checkbox"/> Não fetal		2) Data do óbito 20/10/2020		3) Cartão SUS 15066400-0		4) Naturalidade Município / UF (se estrangeiro informar País)	
	5) Nome do Falecido SUELIO MOREIRA TORRES				6) Nome da Mãe MARCIA MARIA SILVA			
	7) Nome do Pai ROSAVALDO ROCHA		8) Data de nascimento 12/04/1943		9) Idade 76		10) Sexo <input type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem.	
	11) Escolaridade (última série concluída) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		12) Média (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		13) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) RECEITA DE PENSÃO		14) Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorado	
II	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA ELIAZ				16) CEP 13884-000		17) Município de residência CATOLÉ DO RIO GRANDE	
	18) Bairro/Distrito CENTRO		19) Código 13884-000		20) UF PE		21) Estabelecimento	
III	22) Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros		23) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) RUA ELIAZ		24) CEP 13884-000		25) Município de ocorrência CATOLÉ DO RIO GRANDE	
	26) Bairro/Distrito CENTRO		27) Código 13884-000		28) UF PE		29) Estabelecimento	
IV	30) Idade (anos) 76		31) Escolaridade (última série concluída) <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		32) Média (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		33) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada) RECEITA DE PENSÃO	
	34) Número de filhos vivos 99		35) Nº de semanas de gestação 99		36) Tipo de parto <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Dupla <input type="checkbox"/> Tripla e mais <input type="checkbox"/> Ignorada		37) Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado	
V	38) ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No aborto <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos				39) ASSISTÊNCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		40) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO PC <input type="checkbox"/> Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
	41) CAUSAS DA MORTE PARTI I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				42) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) TROMBOSE CORONÁRIA b) TROMBOSE DE TROMBA c) INFARTE CEREBRAL d) HEMORRAGIA e) MULTÍPLAS ORGÂNICAS			
	43) PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				44) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID			
	45) Nome do Médico DR. CARLOS ANTONIO DE S. NUNES				46) CRM 9-64		47) Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> IML	
VI	48) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc) 114145154102		49) Data do atestado 20/10/2020		50) Assinatura [Assinatura]		51) Município e UF do SVO ou IML UF	
	52) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico) <input type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio <input type="checkbox"/> Homicídio <input type="checkbox"/> Outros				53) Fonte da informação <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> Outra		54) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> Endereço de residência <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Outro domicílio <input type="checkbox"/> Ignorada	
VII	55) Descrição sumária do evento				56) Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		57) Número Bairro	
	58) Cartório				59) Código		60) Registro	
VIII	61) Município				62) Data		63) UF	
	64) Declarante				65) Testemunhas		66) UF	

Digitalizado com CamScanner





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

Cartório Distrital de Cel Maia

CARTÓRIO DISTRITAL DE CEL MAIA

Distrital de Cel Maia, Catolé do Rocha-PB

GUIA DE SEPULTAMENTO



Termo 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 Óbito: 03/06/2020

Filiação: QUERGINALDO CORTEZ
LAURITA MARIA DA SILVA CORTEZ

Profissão: Desempregado

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

Católé do Rocha-PB, 4 de junho de 2020

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



Francisco das Chagas Silva
Oficial do Registro Civil
CPF: 414.809.004-91

