

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

**FORMA DE PAGAMENTO:** Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

**BANCO:** 001

**AGÊNCIA:** 1234

**CONTA:** 12345

---

---

**DATA DA TRANSFERENCIA:**

22/01/2021

**NUMERO DO DOCUMENTO:**

320046593701

**VALOR TOTAL:**

6.750,00

**TRANSFERIDO PARA:**

**CLIENTE:** EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA

**BANCO:** 104

**AGÊNCIA:** 00733

**CONTA:** 000859445192

---

---

**Número da Autenticação**

AC5E111FFACCE977



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

---

**Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200465937**

**Vítima: Jose Gomes da Silva**

**Data do Acidente: 25/06/2019**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA**

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

**Recebedor: Edicleide Ferreira da Silva**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000733**

**Conta: 000859445192-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372872/20

**Número do Sinistro:** 3200465937

**Vítima:** Jose Gomes da Silva

**CPF:** 019.850.094-71

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 25/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** Jose Gomes da Silva

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Edicleide Ferreira da Silva : 071.093.314-23**

Declaração de únicos herdeiros

## ATENÇÃO

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

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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372872/20

**Número do Sinistro:** 3200465937

**Vítima:** Jose Gomes da Silva

**CPF:** 019.850.094-71

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 25/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** Jose Gomes da Silva

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Edicleide Ferreira da Silva : 071.093.314-23**

Declaração de únicos herdeiros

## ATENÇÃO

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

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

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



**GOVERNO DA PARAÍBA**

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

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

ORIGEM DO CADÁVER

- LOCAL DE MORTE VIOLENTA PERICUADO  
 LOCAL DE MORTE VIOLENTA NÃO PERICUADO  
 SVO / UNIDADE DE SAÚDE

ARMA UTILIZADA

- ARMA DE FOGO  
 ARMA BRANCA  
 OUTROS OBJETOS

DATA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
HORA  
65

LOCAL PRINCIPAL DA OCORRÊNCIA  
(NA POLÍCIA, INSTITUTO, ETC.)

LOGRADOURO (RUA, AVENIDA, FORTO, ETC.)

NÚMERO

COMPLEMENTO (APTO, SALA, ANDAR, ETC.)

BAIRRO

LOCALIDADE / COMUNIDADE

MUNICÍPIO / UF

PONTO DE REFERÊNCIA

LATITUDE

LONGITUDE

NOME

APELIDO

MÃE

SEXO  MASCULINO  FEMININO  
 IGNORADO

DATA NASCIMENTO

IDADE APARENTE

IDENTIDADE

CPF

COR DA PELE / ETNIA

- PRETA  PARDA  BRANCA  AMARELA  INDÍGENA

**DADOS DA VÍTIMA**

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

MATRÍCULA N° \_\_\_\_\_

ORGÃO

- GREGIM / NUCRIM  PC  
 UNIDADE DE SAÚDE  SVO  
 OUTRO \_\_\_\_\_

ASSINATURA

DELEGADO DE POLÍCIA (NOME)

MATRÍCULA N° \_\_\_\_\_

ASSINATURA

CORPO ENCAMIINHADO PARA

- OSMOL  
 NUMOL



ESTADO DA PARAÍBA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

Nº: 20182765

BOLETIM DE IDENTIFICAÇÃO DE CADÁVER

Nome: EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA

NI: 1166468637-6

Age: 24 0 01 030 - AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL RIO BRANCO - CENTRO

Número do Benefício: 196409187-7

Data de Concessão do Benefício: 30/03/2020

Comunicamos que lhe foi concedido **PENSAO POR MORTE PREVIDENCIARIA (21)** número **196409187-7** requerido em **14/01/2020** com renda mensal de **R\$ 1.143,39**, calculada conforme abaixo, com início de vigência a partir de **25/06/2019**

Quem pediu o pagamento do benefício em conta corrente ou poupança, deve olhar o extrato da conta. Quem não fez essa opção, deve ir ao banco indicado abaixo, levando obrigatoriamente o documento de identificação usado para pedir o benefício. Os próximos pagamentos serão realizados no 2º dia útil de cada mês.

Mantenha seus dados atualizados. Se precisar alterar nome, telefone, e-mail ou endereço, acesse o Meu INSS ou entre em contato pelo telefone 135.

O dependente (filho/irmão) maior inválido deverá comunicar a cessação da invalidez imediatamente à Previdência Social, observado o disposto no art. 77, § 2º, inc. III da Lei nº 8.213/91, sendo considerada irregular a percepção do benefício após o fim da invalidez.

Dados do Pagamento do Benefício

Órgão Pagador / Agência Bancária: 218 / BRADESCO - PAA JURUPIRANGA

Endereço: RUA PARAIBA, 125 - CENTRO

Lista de Dependentes

Nome	Vínculo	Dt Nasc	Data Extinção	Motivo
EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA	COMPANHEIRO	29/05/1976	25/06/2039	DT LIMITE
ANA CLARA FERREIRA GOMES	FILHO	28/11/2008	28/11/2029	LIMITE DE IDADE
VITORIA ELEN FERREIRA GOMES	FILHO	07/01/2002	07/01/2023	LIMITE DE IDADE

Cálculo de Benefícios segundo a Lei 9876, de 29/11/1999

Seq.	Data	Salário	Índice	Sal. Corrigido	Observação
001	04/2019	942,76	1,0075	949,83	
002	03/2019	942,76	1,0152	957,15	
003	02/2019	1.077,44	1,0207	1.099,79	
004	01/2019	2.076,55	1,0244	2.127,26	
005	12/2018	1.824,35	1,0268	1.871,52	
006	11/2018	1.691,67	1,0232	1.731,07	
007	10/2018	1.667,06	1,0273	1.712,71	
008	09/2018	1.764,17	1,0304	1.817,92	
009	08/2018	1.343,36	1,0304	1.384,29	
010	07/2018	1.132,95	1,0330	1.170,38	
011	06/2018	1.521,39	1,0476	1.594,13	





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0372872/20

**Vítima:** Jose Gomes da Silva

**CPF:** 019.850.094-71

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 25/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** Jose Gomes da Silva

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Documentos de identificação  
Outros

### Edicleide Ferreira da Silva : 071.093.314-23

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação  
Prova de companheirismo

## ATENÇÃO

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

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

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

ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO  
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICAÇÃO

01-P 148



*José Gomes da Silva*

MILITÁRIO - FA - DA  
Laboratório de Identificação Civil

**CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome: JOSÉ GOMES DA SILVA  
Data de Nascimento: 24/12/73

Nº de Inscrição: **019850094-71**



ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICAÇÃO

**1836046**  
02 MAR 833

**JOSÉ GOMES DA SILVA**

João Gomes de Silva  
Severino Paulino da Silva  
Itambé-PE

24-12-1973

Cert. Nascimento. 4076 Fls. 244 Liv. A-B  
Cert. Dist. Ipiranga, Itambé-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**TÍTULO ELEITORAL**  
**IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA**

Nome do eleitor: **JOSÉ GOMES DA SILVA**

Local de nascimento: 24/12/1973  
UF: PE  
Município: 0206 1676 1201

CPF: 006 0180

Município de votação: JURIPIRANGA/PE  
Data: 29/09/2017

Assinatura: *José Gomes da Silva*

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF emitido e validado por sistema, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura: *José Gomes da Silva*

006 006 0180

**VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
Emitido em: 10/12/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Assinatura: *José Gomes da Silva*

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Paraíba  
 COMARCA DE Itabuna  
 MUNICÍPIO DE Jupiaçu  
 DISTRITO DE Jupiaçu

Maria José da Madalena

Oficial do Registro Civil

**NASCIMENTO Nº 137**

FORMO DO REGISTRO  
 CIVIL ÀS VÍCIAS  
 Maria José de Medeiros  
 Faria  
 Itabuna - PB

CERTIFICO que, às 05 de fevereiro de 1950, do Registro de Nascimento, se lavrou, hoje o assento de

**VITÓRIA ELÉN FERREIRA GOMES**

nascida aos sete (07) de janeiro de 1950, de data real e  
 dia (1900) às 05 horas e 20 minutos, em maternidade

do Hospital de Paulo da cidade de Itabuna deste Estado.

do sexo feminino

filha de João Gomes da Silva

natural de Pernambuco

e de Dona Estelide Ferreira da Silva

natural de Pernambuco

residentes à rua Espírito Santo nº 224 desta cidade

sendo seus pais João Gomes da Silva

e Dona Severina Paulino da Silva

e sua mãe Estelide Ferreira da Silva

e Dona Ivanete Gomes da Silva

Foi declarado seu pai

e serviram de testemunhas Pedro Gonçalves da Silva e Benilde Damiano da Silva, residentes nesta cidade

Observações: O presente registro foi feito nos termos da Lei Federal em vigor.



## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOSE GOMES DA SILVA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 25/06/2019 faleceu em 25/06/2019 no estado civil de CASADO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s)

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. VITÓRIA ELÉN FERREIRA GOMES	FILHA	2.282.652-72	067.206.579-2
2. ANA LÍLIA FERREIRA GOMES	FILHA	4.220.498-70	065.458.899-20
3. EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA	COMPANHEIRA	2.968.878-15	071.092.514-21
4.			
5.			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima  não deixou companheiro(a) ou  deixou companheiro(a) de nome \_\_\_\_\_

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

TRABAIANA/PB, 28/08/19

LOCAL E DATA

TRABAIANA/PB, 28/08/19

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Robina da Ferreira Gomes

ASSINATURA DO DECLARANTE

Carla Maria Ferreira Gomes

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

**DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO SE DE HERDEIROS LEGAIS MENORES DE IDADE (\*)**

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA 2.968.878-15	2.968.878-15	071.092.514-21	<u>Edicleide Ferreira da Silva</u>
2. EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA 2.968.878-15	2.968.878-15	071.092.514-21	<u>Edicleide Ferreira da Silva</u>

**DADOS DAS TESTEMUNHAS**

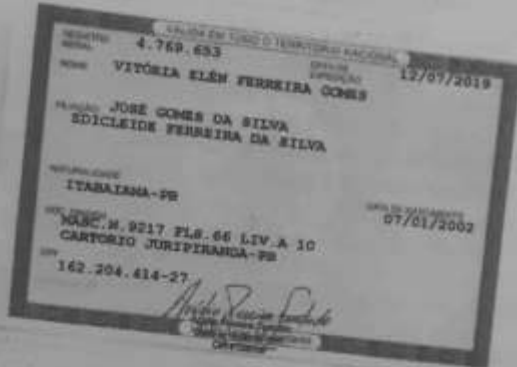
NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. EDUARDO BERNARDO T. DE LIMA 3.572.393-88	3.572.393-88	308.477.725	<u>EDUARDO B. T. DE LIMA</u>
2. EDUARDO BERNARDO T. DE LIMA 3.572.393-88	3.572.393-88	308.477.725	<u>EDUARDO B. T. DE LIMA</u>

(\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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



Ministério da Fazenda  
Receita Federal  
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF  
Número  
162.204.414-27  
Nome  
VITÓRIA ELEN FERREIRA GOMES  
Nascimento  
07/01/2002



VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO  
Exatidão para Recentes da Receita Federal do Brasil  
em 18:42:38 de dia 07/02/2019 (hora e data de Brasília)  
diff: verificado: 00  
CÓDIGO DE CONTROLE  
SDFE158125M41588B





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA

**Cartório do Registro Civil e Notas**  
LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO

LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO - Oficial do Registro Civil

**Certidão de Nascimento**

Eu, LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO, Oficial do Registro Civil, deste Cartório do Registro Civil e Notas, da Cidade de Juripiranga, da Comarca de Itabaiana, estado da Paraíba, na forma da lei, etc.

**CERTIFICO** que às folhas 129-V, sob número 10671 do livro A-00011 do Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de ANA CLARA FERREIRA GOMES, nascida aos vinte e oito de novembro de dois mil e oito (28/11/2008), às 10 horas e 55 minutos, no HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO, conforme DNV nº 35504177, na cidade de Itabaiana-PB, do sexo feminino, filha de JOSE GOMES DA SILVA, profissão Agricultor e EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA, profissão Agricultora.

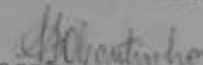
Sendo avós paternos JOÃO GOMES DA SILVA e SEVERINA PAULINO DA SILVA. E avós maternos EUCLIDES FERREIRA DA SILVA e IVONETE GOMES DA SILVA.

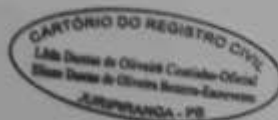
Foi declarante GENITOR. Testemunhas dispensadas nos termos da LEI 9.997/2000.

O referido é verdade, dou fé.

Obs: Esta certidão não contém rasuras.

Juripiranga-PB, 1 de dezembro de 2008

  
LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO  
Oficial do Registro Civil



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 ESTADO DA PARAIBA DI-P 148  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



*Edicleide Ferreira da Silva*

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODOS TERMOS DO BRASIL

2968878-19 DEZ2001

EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA

Luciides Ferreira da Silva  
 Ivanete Gomes da Silva

Itabalena-PB 29-05-1976

Cert. 2520 Fls. 190-V Liv. A-3  
 Cert. Juripiranga-PB

*Al. Madson*

INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 INSTITUTO DE POLÍCIA CIVIL

**CPF**  
 Cadastro de Pessoas Físicas  
 Número de Inscrição

071.093.314-23

EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELETRÔNICO IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA

29051878 0230 4881 1210 000 6168

JURIPIRANGA/PB 09/1/2017

*Edicleide*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRIÇÃO - ITAMBÉ - DP49ªCIRC  
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0139000886**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/07/2019** às **11:18**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **25/6/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMBE, 1, RODOVIA PE - 75** - Bairro: **CENTRO - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SETE CRUZ**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA ( NOTICIANTE )  
EUCLIDES FERREIRA DA SILVA ( OUTRO )  
JOSÉ GOMES DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ GOMES DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EUCLIDES FERREIRA DA SILVA

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **25/6/2019** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ITAMBE, 1, RODOVIA PE - 75** - Bairro: **CENTRO - ITAMBE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO ( AUTOR ) AGENTE )  
EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA ( NOTICIANTE )  
JOSÉ GOMES DA SILVA ( OUTRO )  
EUCLIDES FERREIRA DA SILVA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSÉ GOMES DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EUCLIDES FERREIRA DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino**Mãe: **IVANETE GOMES DA SILVA**  
Pai: **EUCLIDES FERREIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **23/5/1976** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**Certidão de Óbito**

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL  
Léda Dentas de Oliveira Coutinho - Oficial  
Eduardo Jorge Coutinho de Lira - Escrivão  
JURUPIRANGA - PB

NOME:  
**JOSE GOMES DA SILVA**

CPF: **019.850.094-71**

MATRÍCULA:  
**0711590155 2019 4 00004 196 0003383 57**

SEXO: **masculino** COI: **PARDA** ESTADO CIVIL E IDADE: **solteiro, 45 anos**  
NATURALIDADE: **Itambé-PE** DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: **ELEITOR**  
RG: 1.846.046, Órgão: SSP, UF: PB, Data emissão: 02/03/1993 SIM - Nº 020815781201, Zona: 8 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:  
JOÃO GOMES DA SILVA e SEVERINA PAULINO DA SILVA, Resida na(s) RUA ESPÍRITO SANTO, 218, CENTRO, CEP: 58330-000, no município de Jurupiranga-PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO: **vinte e cinco de junho de dois mil e dezanove - 07:00** DIA: **25** MÊS: **06** ANO: **2019**

LOCAL DO FALECIMENTO:  
Rodovia PE 75 Vila Itiranga no município de Itambé-PE

CAUSA DA MORTE:  
Traumatismo craniano com lesões meningé encefálica.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO: **CEMITERIO SÃO SEBASTIÃO no município de Jurupiranga-PB** DECLARANTE:  
EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA, Agricultora, CPF nº 071.083.314-23, RG nº 2.166.878 SSP-PB, residente e domiciliada: RUA ESPÍRITO SANTO, 218, CENTRO, CEP: 58330-000, Jurupiranga-PB

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO:  
**ANTONIO VIEIRA DE MOURA, CRM 4371**

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES:  
Registro lavrado em 26/06/2019, no Livro C-00004, Nº 3363, folha 196. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 258948221. O registrado era solteiro, deixou 2 filhas menores e fiéis a declarar.

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL  
Léda Dentas de Oliveira Coutinho - Oficial  
Eduardo Jorge Coutinho de Lira - Escrivão  
JURUPIRANGA - PB

Cartório Dentas  
Léda Dentas de Oliveira Coutinho  
Jurupiranga - PB  
Rua Pernambuco, 345 - Centro Jurupiranga - PB - CEP 58330000 Fone:  
(33)3285-1067 E-mail: cart\_jurupiranga@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Jurupiranga - PB, 26 de Junho de 2019

**EDUARDO JORGE COUTINHO DE LIRA**  
Escrivão

Consulte a autenticidade em:  
<https://brasil.digital.ajpb.gov.br>  
Consulte também a lei nº 78.23/06



Selo Digital: **AHT95447-77LQ**





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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima 019.850.094-71	Nome completo da vítima JOSÉ GOMES DA SILVA
---------------------------	---------------------------------	--

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo EDICLEIDE FERREIRA DA SILVA		CPF titular da conta 091.093.34-23	Profissão AGRICULTORA
Endereço R. ESPÍRITO SANTO		Número 218	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade JURUPIRANGA	Estado PB	CEP 58.330-000
Email MIZAELQUEIROZ@BOL.COM.BR		Telefone (DDD) (83)98159-3352	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

BRADESCO (237)   
  BANCO DO BRASIL (001)   
  ITAÚ (341)   
  CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	Nº
AGÊNCIA Nº	DV
CONTA Nº	DV

(Informar dígito se existir)

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

ITAPERIUA-PB, 22 de dezembro de 2020  
Local e Data