

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301931

A/C: JAQUELINE FELIX DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **25/05/2016** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **01/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Prova de companheirismo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301932

A/C: JAQUELINE FELIX DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301932

A/C: JAQUELINE FELIX DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301932

A/C: JAQUELINE FELIX DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301933

A/C: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301933

A/C: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301933

A/C: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301934

A/C: LUZIA AVELINO DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301934

A/C: LUZIA AVELINO DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta nº: 9301934

A/C: LUZIA AVELINO DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10259439

a/c: LUZIA AVELINO DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10259439

a/c: LUZIA AVELINO DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10259439

a/c: LUZIA AVELINO DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10259923

a/c: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10259923

a/c: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10259923

a/c: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10261470

a/c: JAQUELINE FELIX DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10261470

a/c: JAQUELINE FELIX DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10261470

a/c: JAQUELINE FELIX DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº 10261470

a/c: JAQUELINE FELIX DA SILVA

Sinistro: 3160383556 ASL-0926129/16
Vitima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
Data Acidente: 01/05/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, JAQUELINE FELIX DA SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 8.922.761 EXPEDIDO POR SSS - PE EM 25/01/2010 E
 CPF 10.588.1154-10 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGENCIADA
 E RENDA MENSAL DE R\$ _____ () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GILLIARD ELAÍNO DA COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 04 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1346-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17.734-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Umuarama 11 de março de 2016
 LOCAL E DATA

Jaqueline Felix da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

14/21 25/05/2016 016781

SEGURADORA LÍDER DPVAT

Banco Postal

Extrato de Conta Corrente - R\$

Agência : 30001441-00 UMBUZEIRO
 Terminal : 99637123 Tel. fixo : 5829
 Mto Aut : 142626 Código : 84/81211
 Data : 05/05/2016 Hora : 14:26
 Horário de Brasília

BANCO DO BRASIL S.A.

5257006032

0267

EXTRATO DE CONTA CORRENTE PARA SIMPLES COMERCIAL

AGÊNCIA: 1340-3 CONTA: 12.721-2
 CLIENTE: JOQUELINHE FELIX DA SILVA

HISTÓRICO	DEBITO	VALOR
04/05/2016		
Saldo Anterior		0,00
----- N A O H A L A N C A B E M I T I S -----		
Juros *		0,00
Data de Débito de Juros	01/06/2016	
IOF *		0,00
Data de Débito de IOF	01/06/2016	
(*)Apurados de acordo com a somatória dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.		
SALDO EM CONTA-SALARIO		0,00

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor SAC
 0800 723 0722



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GUILLARDO FARIAS DA COSTAPORTADOR(A) DO RG Nº 8567780 EXPEDIDO POR SSD PR EM 11 / 05 / 2016 ECPF 070947688-42 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Publicitário

E RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GUILLARDO FARIAS DA COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação D13 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0582-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10.663-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA União da Vitória, 11 de maiode 2016x Guillardo F. da Costa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

14:24 25/05/2016 016792 SEI/PCO/CAE/DPVAT 12



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, GUILLARDO FARIAS DA COSTA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2567780 EXPEDIDO POR SSD PR EM 11 / 05 / 2016 E
 CPF 070947688-42 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO professor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GUILLARDO FARIAS DA COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação D13 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informações de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0582-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10.663-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0582-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 10.663-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

União de São Paulo, 11 de maio de 2016

LOCAL E DATA

Guillardo F. da Costa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

14:24 25/05/2016 016792 SEI/2016 12

Barco Postal

4.14 Saldo de Conta Corrente em

Endereço : 50.504-41 MC UMBUZEIRO
 Telefone : 035-4523 Tel. fixo : 122.836
 Neg. Ant. : 15.522 Caixa : 84767007
 Data : 03-05-2006 Hora : 15:39
 (Horário de Brasília)

በጥቅም ላይ የዋለው

5757243152

1328

SAC HQ 0610: 729 0722

SALDO DE CUNTA CORRENTE
PARA SIMPLES CONFÉRENCIA

CLIENTE: IVANILIO FLAUSILIO OLIVEIRA
 AGÊNCIA: 0532-1 10 653-1

b												
b												
2	2.0	2.0	2	2								20
200	2.0	2.0	2.00	2	2	2						2.0

501.00 345,8142

DISCONTINUED 349,850

ERDE	(1, 0)	UF	(0, 0)
------	--------	----	--------

SALDO EM CONTAS-RECEITAS 6,162,112

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
2ª Superintendência Regional de Polícia
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia Civil de Aracaju-PR.



GOVERNOC
DA PARAIBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA 029/2015

HORA DO FATO: 17h :

DATA DO FATO: 01/05/2016:

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:
06/05/2016, por volta das 10h22min;

DO COMUNICANTE: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, natural de Umbuzeiro/PB, carpinteiro, nascido no dia 01/02/1961, 55 anos de idade, portador do RG: 2567750-SSP/PE, CPF: 070.947.688-42, filho de João Flausino da Costa e Josefa Severina do Espírito Santo, residente no Sítio Chã do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

LOCAL DO OCORRIDO: Sítio Juá, zona Rural de Aroeiras/PB;

VÍTIMA(S): GILLIARD FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de Ivanildo Flausino da Costa e Luzia Avelino da Silva, portador do RG: 8734159-SDS/PE, CPF: 098.779.104-46, CNH: 06235143612-DETRAN/PB, residente no Sítio Chã do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

TESTEMUNHA(S): A APRESENTAR POSTERIORMENTE:

ACUSADO(S): NÃO HOUE:

NARRAÇÃO DO FATO: QUE no dia 01 de maio de 2016, por volta das 17h aproximadamente, seu filho saiu de casa para visitar sua irmã que reside nesta cidade de Aroeiras/PB, em sua MOTO HONDA CB 300R, DE COR BRANCA, PLACA PEV 0080, CHASSI 9C2NC4310CR017717, licenciada em nome de Edesio Mendes da Costa, quando já retornava para casa, na localidade do Sítio Juá, zona rural de Aroeiras/PB, ao entrar numa curva e não conseguindo fazê-la, colidiu com o muro de uma residência vindo a óbito no local; QUE segundo o comunicante e pai da vítima, seu filho foi encaminhado para o IML na cidade de Campina Grande/PB, para as providências que o caso requer. É o teor da ocorrência.

AUTORIDADE:

COMUNICANTE:

ESCRIVÂO:

[illegible]

14:24 25/05/2016 01:0798 5766666666 LIPK DEUT

OFFICE OF THE ATTORNEY GENERAL
STATE OF TEXAS
AUSTIN, TEXAS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado d a Paraíba.

Município (ou Comarca) d e Umbuzeiro.

Cartório d o Registro Civil.



REGISTRO CIVIL

João Faustino de Souza.

Escrevente,

NASCIMENTO N.º 11.329.

Certifico que às fls. 1v do livro n.º A:12 do Registro de Nascimento foi feito hoje o nascimento de JACQUELINE FELIX DA SILVA //

[illegible]

Nascido aos 30 de julho de 1992 às 11.00 horas e : : minutos.

Hospital Marina Pessoa nesta cidade de Umbuzeiro do Estado da Paraíba: x:

do sexo feminino filh a::

de Antonio Felix da Silva.

c de Severina Santiago de 2010. 60

sendo avós paternos, Manoel Felix da Silve.

Severina Maria da Conceição.

$\vdash \quad X : X : X : X : X : X : X : X : X : X$

e maternos _____ Neuza Lourenco de Souza.

[illegible]

$\frac{1}{2} \quad X^{\circ}_{\frac{1}{2}} \quad X^0_0 \quad X^1_{-1} \quad X^2_{-2} \quad X^3_{-3} \quad Z^0_0 \quad Z^1_0 \quad :$

Foi declarante a mãe de registrada.

e serviram de Testemunhas as constantes do termo,

$$\frac{0}{\vdots} \quad X^{\frac{0}{\vdots}} \quad X^{\frac{0}{\vdots}} \quad X^{\frac{0}{\vdots}} \quad X^{\frac{0}{\vdots}} \quad Y^{\frac{0}{\vdots}} \quad Z^{\frac{0}{\vdots}} \quad T^{\frac{0}{\vdots}} \quad \dots$$

OBSERVAÇÕES: Feito de acôrdo com a Lei nº 6.015 de 31 de dezembro de 1973.

~~29, 1973.~~

Umbuzeiro, 26 de setembro de 1992

Official

REPÚBLICA



DO BRASIL



CATÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Distrito da Sede-Umbuzeiro-PB.
Neilson Sales de C. Lima
Assessor Substituto
João Paolinho de Souza
Folha 12

REGISTRO CIVIL

NASCIMENTO Nº 6.322

CERTIFICO que a folhas 51v do livro A 7, o Registro de Nascimento
foi feito hoje o assento de Luiz Antônio da Silva

nascido a 20 dias de Julho de mil novecentos e
sessenta e seis (1966) às 2 horas e 00 minutos

em Olho D'água desta Câmara de Umbuzeiro
Estado da P.B. de sexo Feminino

filha de Josefa Maria da Conceição

São avós Matheus José Antônio da Silva e Maria
Isabel dos Santos

Foi declarante a mãe de requerida
e serviram de testemunhas Alf. Barbosa de Sousa
Alcides Alves Damasceno

Observações:

Progenitor Cidadania

CATÓRIO DO REGISTRO CIVIL
Distrito da Sede-Umbuzeiro-PB.
Neilson Sales de C. Lima
Assessor Substituto
João Paolinho de Souza
Folha 12

O referido é verdade, dou fé.

Umbuzeiro, 22 de Março de 19 94

Neilson Sales de C. Lima

14/25 25/05/2016 016802 SELL00000108 09/04/12



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME:
GILLIARD FLAUSINO DA COSTA

MATRÍCULA:
0003310155 2016 4 00007 130 0005405 55

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino		solteiro, 26 anos
NATALIDADE/UF		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
Umbuzeiro-PB		CPF nº: 098.779.104-46
ELEITOR		
SIM - Nº 037878611210, Zona: 36 - PB		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO):		
IVANILDO FLAUSINO DA COSTA e LUZIA AVELINO DA SILVA. Residência: Sítio Chã do Touro, no município de Umbuzeiro-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO		DIA MÊS ANO
um de maio de dois mil e dezesseis - 17:00		01 05 2016
LOCAL DO FALECIMENTO:		
Em via pública: Sítio Juiá, deste município		
CAUSA DA MORTE		
POLITRAUMATISMO COM HEMORRAGIA CONSECUTIVA. (ACIDENTE DE MOTO)		
NOME DO MÉDICO / CRM		LOCAL DO SEPULTAMENTO
Dr. Edvardo Herculano de Lima - CRM: 1350		Comitêrio de Umbuzeiro - PB
DECLARANTE		
IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, pai do falecido, brasileiro, solteiro, com 55 anos de idade, carpinteiro, residente e domiciliado: Sítio Chã do Touro, Umbuzeiro-PB, natural de Umbuzeiro-PB		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES		
Observações: Registro lavrado em 03/05/2016, no Livro C-00007, Nº 5405, folha 130-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 225235862. O FALECIDO ERA SOLTEIRO, PORÉM VIVIA CONJUGALMENTE COM JAQUELINE FELIX DA SILVA, E DESSA UNIÃO NÃO DEIXOU FILHOS, ERA ELEITOR E NÃO DEIXOU BENS. DN. 16-10-1988 RG.8.734.159-SSP-PE CTPS.95474-00075-PB REZEV.482646-SÉRIE-P Cert.Nasc.nº 4530 fls.263 do LVA-04 Cartº de Umbuzeiro-Órgão-PE		
NOME DO OFÍCIO		
Cartório do Registro Civil - Arceiras - PB		
OFICIAL REGISTRADOR		
Selma Santos de Lima		
MUNICÍPIO/UF		
Arceiras-PB		
ENDEREÇO		
Rua Neco da Andrade nº 60 Arceiras-PB - CEP 58489-000 Fone: (83) 3396-1063 E-mail: carloriosantoslima@hotmail.com		

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé:
Arceiras PB, 3 de Maio de 2016

Selma Santos de Lima

Selma Santos de Lima
Oficial do Registro Civil

Selo Digital **AAU50173-GQU0**

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Regina Coeli S. L. de Araújo - Substituta
Fone: (83) 3396-1063
CNPJ: 35.492.990/0001-07
carloriosantoslima@hotmail.com

SECRETARIA DE JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA
Selo Digital de Fiscalização
nº 16888-2016
Comitêrio de Umbuzeiro



Certificado que a
Cópia é a Representação
de Original que
está de acordo com
o Livro de Registro

14/24 25/05/2016 08:07:27 55800000 LIDER 00117 12

ATA DO COUNCIL DE CURA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JACQUELINE FELIX DA SILVARG nº 8922761, data de expedição 25/01/2010, Órgão SDS - PE,

CPF nº 105.881.154-10, 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>CONJUNTO CEHAP (COMAB 2)</u>
Número	<u>5</u>
Apto / Complemento	<u>—</u>
Bairro	<u>—</u>
Cidade	<u>UMBURZILAO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58497000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 11 de maio de 2016Assinatura do Declarante: x Jacqueline Felix da Silva

ELRIDEES FLAUSINO DA COSTA
LCC COMERCIAL S. CENTRO
UMBUZEIRO/PB CEP: 68487000 (AG 108)

Classificação RESIDENCIAL / RAZÃO SOCIAL MONDIFÁSICO
R. A. J. 117 - 428 - 1100 Referência: Fev/2016
Atividade: 0000045922 Emissão: 04/02/2016

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R. 230 Km 76 - Cidade Industrial - Jandaia do Sul/PR - CEP: 85.171-000
(FAX) 045.365.165/0001-40 Insc. Est. 18.015.420-0

Não é possível gerar o boleto eletrônico para este cliente
Código para Débito Automático: 00011023314

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 61102331-4

Canal de contato

Fev/2016

Apresentação

04/02/2016

Data prevista da próxima leitura

08/03/2016

CPF/CNPJ/RANI

1563592400

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
07/03/2016 PAGAS
(DEBEMOS)

Histórico de Consumo
(kWh)

Jan/16	82
Dez/15	38
Nov/15	67
Out/15	43
Set/15	51
Ago/15	43
Jul/15	51
Jun/15	57
Mai/15	54
Abr/15	58
Mar/15	57
Fev/15	48

Média dos últimos meses

51,3 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 07/01/16 Leitura: 4711	Data: 04/02/16 Leitura: 4818	1	17	29

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh - BR	77	1,0483	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh - BR	17	0,21784	4,21
Ass. B. Venâncio			0,38
Suscto			12,24
PIS			0,30
COFINS			1,40
JUNTAMENTOS E SERVIÇOS			12,24
Despesa Suscto			12,24

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	0,00	9,00	0,00
PIS	23,38	1,2000	0,53
COFINS	23,38	8,0300	1,90

VENCIMENTO
21/03/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 11,12

0883.6626.15c2.f08b.b747.0ee8.7b1f.6c70

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIMENSIONAL	0,00	NUNCA
DE TEMPERATURA	0,00	CONSTATADA
DIMENSIONAL	0,00	LIMITE INFERIOR
DE TEMPERATURA	0,00	LIMITE SUPERIOR
DIMENSIONAL	0,00	
DE TEMPERATURA	0,00	
DIMENSIONAL	0,00	
DE TEMPERATURA	0,00	
DIMENSIONAL	0,00	
DE TEMPERATURA	0,00	

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Seção de Distribuição Energética	7,23	30,85
Seção de Transmissão	11,53	48,57
Seção de Distribuição	0,50	2,40
Seção de Manutenção	2,39	9,80
Seção de Obras e Engenharia	1,30	7,38
Seção de Serviços	0,97	8,00
Total	23,38	100,00

Valor de R\$ 0,00 (R\$ 12,720.51) R\$ 2,45

ATENÇÃO

Sua unidade foi ligada com Haver Pendente Condição de R\$ 12,74

14:23 25/05/2016 016794 56100000 LITCE DP/INT 12

ELRUIDES FLAUBINO DA COSTA
LOC CONSUMIDOR, S. CENTRO
UNBUEIRO/FB CEP 50497000 (AD 100)

Criador/Endereço: RESIDENCIAL TABA RENDA MONOFÁSICA
Romeo J - 112 - 420 - 1160
Nº medidor 0000046522

Relatório: Feb/2016
Emissão: 04/03/2016

ENERGISA FURNACE - C&F INDUSTRIA DE ENERGIA SA
R: 230, M76 - Cielo Reunio - João Pessoa/PB - CEP: 53071-680
CNPJ: 06.965.183/0001-40 - Ins. Est: 16.015.423-0

Mais: 1424/2016 de Energia Elétrica nº 40 153/062
Código para o Débito Automático: 0805102331-4



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1102331-4**

Fez/2016

Apresentação

04/02/2016

Data prevista da próxima leitura

08/03/2016

CPF/CNPJ/RANI	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
7753352100				17	28
Insc. Est:	Data: 07/01/16 Leitura: 8921	Data: 04/03/16 Leitura: 8516			

Faturas em atraso

FAIXAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 30/01/2016 PAGAS
GERACAO:

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 300kWh-BR	30	1,14/99	4,32
Consumo - 31 a 100kWh-BR	17		4,21
Adic. B Vermelha			6,65
Subsídio			12,24
PLS			0,30
COFINS			1,40
ENCARGOS E SERVIÇOS			12,24
Devolução Subsídio			

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16	82
Dez/15	39
Nov/15	57
Out/15	49
Set/15	51
Ago/15	43
Jul/15	61
Jun/15	57
Mai/15	64
Abr/15	60
Mar/15	57
Fev/15	45

Média dos últimos meses
51 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	11,00	0,00	0,00
PLS	23,35	1,0000	0,23
COFINS	23,35	8,0000	1,87

VENCIMENTO 21/03/2016
TOTAL A PAGAR R\$ 11,12

0883.6628.15c2.f08b.b747.0ea8.7b1f.6c70.

Indicadores de Qualidade 12/2015 - Unicidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC TENSÃO	9,10	0,00	NORMAL
DC TENSÃO	18,14		
DC TENSÃO	32,23	0,00	CONSTRUTORA
DC TENSÃO	3,86		LMITE INFERIOR
DC TENSÃO	7,77		LMITE SUPERIOR
DC TENSÃO	15,45	0,00	
DC TENSÃO	4,48		
DC TENSÃO	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia - DPE	7,27	30,35
Correção de Energia	1,58	49,53
Serviço de Transmissão	0,58	2,40
Serviço de Distribuição	2,38	9,80
Serviço de Manutenção e Reparo e Outros Serviços	1,10	7,28
Total	23,35	100,00

Valor do EUS9 (R\$ 12,23) 5) R\$ 3,76

ATENÇÃO

- Sua unidade foi avaliada como Baixa Resultado, levando em consideração de R\$ 12,74

14/24 25/05/2016 016794 55100008 LIDER AMANT 12

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, IVANILDO FLAVIANO DA COSTA

RG nº 2567780, data de expedição / / , Órgão SSP PE

CPF nº 070.947.688-42, 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>CONJUNTO CENAP (COHAB 2)</u>
Número	<u>5</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>-</u>
Cidade	<u>UMBURATINGA</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58497-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: UMBURATINGA, 11 de MARÇO de 2016

Assinatura do Declarante: IVANILDO FLAVIANO DA COSTA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, LUZIA AVELINO DA SILVA

RG nº 1.204.149, data de expedição 13 / 05 / 1988, Órgão SSP-PB

CPF nº 036.675.444-05, 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>CONJUNTO CEHAP (COHAB 2)</u>
Número	<u>5</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>-</u>
Cidade	<u>UMBURZEIRO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58497-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: UMBURZEIRO, 11 DE MAIO DE 2016

Assinatura do Declarante: x Luzia Avelino da Silva

14:25 25/05/2016 016905 SEMP/2008 LIDER PMAT 12

EL RICHES FLAUBINO DA COSTA
LOC. COM. CEPHAP, 5 - CENTRO
CAMBUZÉ-PO / PG CEP. 68487000 (AB. 109)

CPF: 03003824600
R. 3 - 112 - 420 - 1100
M. 0000045927

ENFERMAGEM PARA DEFICIENTES FÍSICOS
R. 290, Km 25 - C. 16 - Roraima - João Pessoa/PB - CEP: 58.071-680
(NP) 158-045.11310001-40 - Insc. Est. 150-5.822-0

1614 Fornecedor de Energia Elétrica 001183062
Código para Débito Automático: 00011023314

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196. Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1102331-4

Fev / 2016

Apresentação

04/02/2016

Data prevista da próxima leitura

08/03/2016

CPF / CNPJ / RANI

12833382460

Res. ENE

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ
01/03/2016 PAGAS
CERTIFICADO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Letura 03/01/2016	Data Letura 04/02/2016	1	17	29

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 20kWh-BR	30	0,1485	4,33
Consumo 21-á 100kWh-BR	17	0,24354	4,14
Adic. B. Verificação			0,09
Subtotal			12,56
IRF			0,20
ICPENS			1,40
Descontos e Serviços			-12,01

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/16	61
Out/15	39
Nov/15	52
Out/15	40
Set/15	51
Ago/15	43
Jul/15	61
Jun/15	57
Mai/15	64
Abr/15	60
Mar/15	51
Fev/15	48

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PS	23,38	1,3000	3,04
COMINS	23,38	6,0000	1,40

VENCIMENTO 21/03/2016 TOTAL A PAGAR R\$ 11,12

Multa dos últimos meses

51 kWh

10,54 kWh

0883.6626.15c2.f08b.b747.0ee8.7b1f.6c70

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Aparentado	Limite de Tensão (V)
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220
OTOMÉTRICO	0,00	220

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Instalação Elétrica	7,23	30,85
Serviços de Energia	11,58	49,57
Serviços de Transmissão	0,56	2,40
Serviços de Distribuição	2,29	9,89
Impostos Federais e Encargos	1,10	1,28
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	22,76	100,00

Valor de EUSD (Jul. 12/2015) R\$ 3,45

ATENÇÃO

- Sua Unidade foi falhada como Bep a Renda, logo um desconto de R\$ 12,20

14:25 25/05/2016 016886 5591000001 LIGR 02441 12



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 GILBERTO FLAVIANO DA COSTA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 01/05/2016 faleceu em 01/05/2016 no estado civil de ANOSIAADO (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. <u>JAQUELINE FELIX DA SILVA</u>	<u>COMPANHEIRA</u>	<u>8.922.761</u>	<u>105.881.194-10</u>
2. <u>LUZIA AVELINO DA SILVA</u>	<u>GENITORA</u>	<u>1.204.349</u>	<u>036.675.444-05</u>
3. <u>IVANILDO FLAVIANO DA COSTA</u>	<u>GENITOR</u>	<u>25677-50</u>	<u>070.943.688-42</u>
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima () não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) 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.

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

Jaqueline Felix da Silva
ASSINATURA DO DECLARANTE

Ivanildo Felix Costa
ASSINATURA DO DECLARANTE

Luzia Avelino da Silva
ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

1 DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(IS) MENOR(ES) DE IDADE(*)

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>JOSEMINALDO DE AQUINO</u>	<u>890947</u>	<u>421733884-87</u>	
2. <u>GENIVALDO EMILIANO DA SILVA</u>	<u>3457041</u>	<u>018.457.758-64</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 (COMPLETOS) 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).

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA
DADOS SOCIOECONÔMICOS DE FAMILIARES

Nome: **GILLIARD FLAUSINO DA COSTA**

DOC IDENTIFICAD: 8734159 SDS PE

CPF: 098.779.104-46 DATA NASCIMENTO: 16/10/1989

MUNICÍPIO: **IVANILDO FLAUSINO DA COSTA**
LUZIA AVELINO DA SILVA

PROFISSÃO: **AB** SEXO: **M**

INSCRIÇÃO: 0E235143012 VALOR: 26/05/2019 DATA: 18/11/2014

Observação:
X: EXERCER ATIV REMUNERADA:

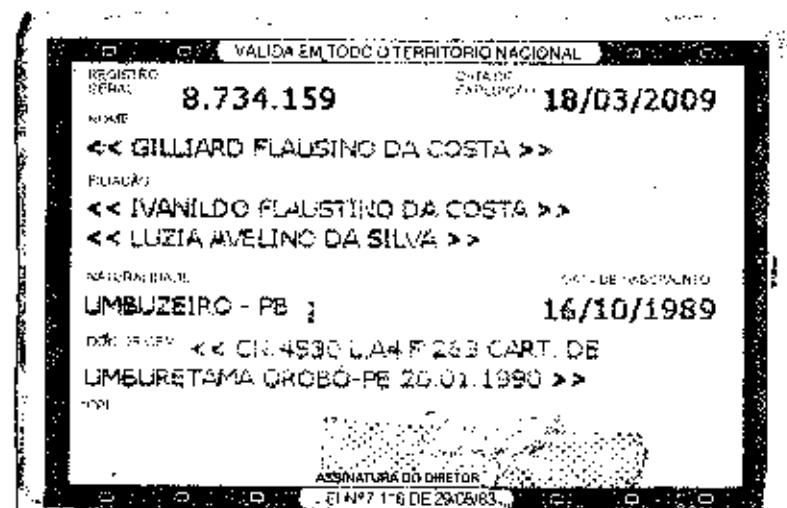
Gilliard Flausino da Costa

LOCAL: **JOÃO PESSOA, PB** DATA CESSÃO: **03/12/2015**

08613182192
P8031740136

PROBANDO ALISTAMENTO: 1226703280





14:21 25/05/2016 016778

CARTÃO DE IDENTIDADE

Jaqueline Felix da Silva

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08-9-93



0012



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Recota Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Incrição

105.881.154-10

Nome

JAQUELINE FELIX DA SILVA

Nascimento

30/07/1992

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

8.922.761

DATA DE EMISSÃO 25/01/2010

<< JAQUELINE FELIX DA SILVA >>

<< ANTONIO FELIX DA SILVA >>

<< SEVERINA LOURENÇO DA SILVA >>

UMDUZEIRO - PB

30/07/1992

<< CN.11329 LA12 F.1V CART. UMDUZEIRO-PB:26.09.1992 >>

ASSINATURA DO EMISSOR

LEI Nº 116 DE 29/08/83

F-37 58.864 - 4323

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 1946
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO

NOME: **IVANILDO FLAUSINO DA COSTA**

DOCUMENTO / CATEGORIA DE US: **2567750 SSP PB**

CIF: **070.947.686-42** DATA NASCIMENTO: **01/02/1961**

FILIAÇÃO: **JOÃO FLAUSINO DA COSTA
 JOSEFA SEVERINA DO
 ESPÍRITO SANTO**

PROFISSÃO: **[]** AGO: **[]** CATAGOR: **D**

1º REGISTRO: **0327823-0022** VALIDADE: **16/07/2020** 1º MATRÍCULA: **21/01/1986**

CONDICIONAIS

IVANILDO F. COSTA

CATEGORIA DE PROFISSÃO: **[]** DATA EMISSÃO: **17/07/2015**

LOCAL: **CAMPINA GRANDE, PB**

[] 71748859556
 PB030000254

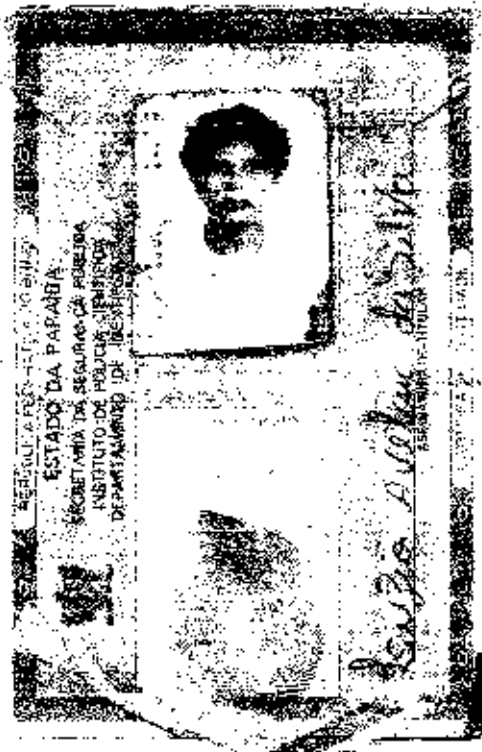
ASSINATURA DO DETENIDO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1083355653

PROVIDO PLASTIFICAR
 1083355653

Documentos de Identificação
 0012

14/23 25/05/2016 01:6788 SEGURANÇA LIDER PRONT 12



1.254.149 13/08/1906
LUZIA AVELINO DA SILVA
 Rua da Conceição
 Limouzeiro-PB 19-07-1964
 C.R. 13.322.1a.Siv.
 Limouzeiro-PB
 [Signature]
 [Stamp]

MINISTÉRIO DA FAZENDA
 Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
LUZIA AVELINO DA SILVA

Nº de inscrição
036675444-05

Data de Nascimento
12/07/06

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e exigível por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura
Luzia Avelino da Silva

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 26/04/88

TÍTULO ELEITORAL

Nome
LUZIA AVELINO DA SILVA

CPF
0063 437-0240

Assinatura
João Carlos da Silva
JUIZ ELEITORAL

12

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GULLIARD FLAVIANO DA COSTADATA DO ACIDENTE 01/05/2016 CPF DA VÍTIMA 098.779.104-46

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☒ BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É COMPANHHEIROENDEREÇO DO PORTADOR CONJUNTO CEHAI (COMAB 2)Nº 5 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____CIDADE UMBURZEIRO UF PB CEP 58497000E-MAIL _____ TELEF: 33 981 752075

OS COMPLEMENTARES

REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA O BENEFICIÁRIO MENOR,

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHHEIRA (A)

☐ PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHHEIRO(A) E CÔNJUGUE

☐ PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)☐ TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ô) DA VÍTIMA

☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

☐ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO

- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Jaqueline Felix da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____

NOME _____

ASSINATURA _____

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GILLIARD FLAVIANO DA COSTA
DATA DO ACIDENTE 01/05/2016 CPF DA VÍTIMA 098.799.104-46
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL (X) BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É GENITOR
ENDEREÇO DO PORTADOR CONTUNDO CENAP (CASA 2)
Nº 5 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE UMBURZEIRA UF PB CEP 58497-000
E-MAIL _____ TELEFONE (63) 981166782

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO. NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA O BENEFICIÁRIO MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006, DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006, DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FAIXO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- () TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ô) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ DATA _____ MATR. CORREIOS _____

IDENTIDADE _____ NOME _____

ASSINATURA Flaviano da Costa ASSINATURA _____

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GILLIARD FLAVIANA DA COSTA
 DATA DO ACIDENTE 01/05/2016 CPF DA VÍTIMA 098.779.104-46
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL () BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É GENITORA
 ENDEREÇO DO PORTADOR CANJUNGA REHAL (COHAB 2)
 Nº 5 COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE VIMBUZEIRA UF PB CEP 58497000
 E-MAIL _____ TELEFONE (83) 981077482

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 - MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMIS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO CADAVÉRICO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TÃO COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA O BENEFICIÁRIO MENOR, DE 0 A 15 ANOS)

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE

- () PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- () TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)

DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ô) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA

DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA

- () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Rozelia A. Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA _____ MATR. CORREIOS _____

NOME _____

ASSINATURA _____

1) Tipo de óbito 1 <input type="checkbox"/> Fetal 2 <input checked="" type="checkbox"/> Não fetal		2) Data do óbito 01/05/2016		3) Cartão SUS		4) Naturalidade União - PB	
5) Nome do falecido GILBERTO AUSTINO DA COSTA							
6) Nome do Pai IVANILDO AUSTINO DA COSTA				7) Nome da Mãe LUZIA EUGENIA DA SILVA			
8) Data de nascimento 10/11/1983		9) Idade Anos completos: 26 Menores de 1 ano: Meses: ____ Dias: ____ Horas: ____ Minutos: ____ Ignorado: <input type="checkbox"/>		10) Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado		11) Raça/Cor 1 <input type="checkbox"/> Branca 4 <input type="checkbox"/> Parda 2 <input type="checkbox"/> Preta 5 <input type="checkbox"/> Indígena 3 <input type="checkbox"/> Amarela	
12) Situação conjugal 1 <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro 4 <input type="checkbox"/> Separado judicialmente 2 <input type="checkbox"/> Casado 5 <input type="checkbox"/> União estável 3 <input type="checkbox"/> Viúvo 9 <input type="checkbox"/> Ignorada				Código CBO 2002			
13) Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo				14) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentado / desempregado) AGRICULTOR			
15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA CARLOS RIBEIRO				Número		Complemento	
16) Bairro/Distrito SANTO ANTONIO				Código		18) CEP	
17) Município de residência MUNICÍPIO DE BOMMEZ				Código		19) UF PB	
20) Local de ocorrência do óbito 1 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Domicílio 5 <input type="checkbox"/> Outros Ignorado: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Outros estabelecimento saúde 4 <input checked="" type="checkbox"/> Via pública 6 <input type="checkbox"/> Aldeia indígena				21) Estabelecimento Código CNES			
22) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA CARLOS RIBEIRO				Número		Complemento	
23) Bairro/Distrito SANTO ANTONIO				Código		25) CEP	
24) Município de ocorrência BOMMEZ				Código		26) UF PB	
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
27) Idade (anos)		28) Escolaridade (última série concluída) Nível: 0 <input type="checkbox"/> Sem escolaridade 3 <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) Ignorado: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) 4 <input type="checkbox"/> Superior incompleto 2 <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) 5 <input type="checkbox"/> Superior completo		29) Ocupação habitual (Informar anterior, se aposentada / desempregada)		Código CBO 2002	
30) Número de filhos vivos		31) Nº de semanas de gestação		32) Tipo de gravidez 1 <input type="checkbox"/> Única 2 <input type="checkbox"/> Dupla 3 <input type="checkbox"/> Tripla e mais 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		33) Tipo do parto 1 <input type="checkbox"/> Vaginal 2 <input type="checkbox"/> Cesáreo 9 <input type="checkbox"/> Ignorado	
34) Morte em relação ao parto 1 <input type="checkbox"/> Antes 2 <input type="checkbox"/> Durante 3 <input type="checkbox"/> Depois 9 <input type="checkbox"/> Ignorada		35) Peso ao nascer		36) Número da Declaração de Nascimento Vivo			
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL							
37) A morte ocorreu 1 <input type="checkbox"/> Na gravidez 3 <input type="checkbox"/> No abortamento 5 <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 2 <input type="checkbox"/> No parto 4 <input type="checkbox"/> Até 42 dias após o término da gestação 9 <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos				ASSISTÊNCIA MÉDICA 38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorada			
39) Necropsia? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 9 <input type="checkbox"/> Ignorada				DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR PO Tempo aproximado entre o início da doença e a morte			
40) CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTEREDENTES Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.				AMOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Devido ao como consequência de: b) Devido ao como consequência de: c) Devido ao como consequência de: d) Devido ao como consequência de:			
PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal.							
41) Nome do Médico Dr. Edvaldo Barcelano de Lima		42) CREB		43) Óbito atestado por médico 1 <input type="checkbox"/> Assistente 4 <input type="checkbox"/> SVO 2 <input type="checkbox"/> Substituto 5 <input type="checkbox"/> Outro 3 <input type="checkbox"/> IML		44) Município e UF do SVO ou IML	
45) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		46) Data do atestado		47) Assinatura		PERITO MÉDICO OFICIAL CRO-MG-3350 - Matr. 75.537-1	
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)							
48) Tipo 1 <input type="checkbox"/> Acidente 3 <input type="checkbox"/> Homicídio Ignorado: <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Suicídio 4 <input type="checkbox"/> Outros		49) Acidente de trabalho 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		50) Fonte da informação 1 <input type="checkbox"/> Ocorrência Policial Nº _____ 2 <input type="checkbox"/> Hospital 3 <input type="checkbox"/> Família 4 <input type="checkbox"/> Outra Ignorada: <input type="checkbox"/>			
51) Descrição sumária do evento Acidente de trânsito				Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1 <input type="checkbox"/> Via pública 4 <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial 2 <input type="checkbox"/> Endereço de residência 5 <input type="checkbox"/> Outros 3 <input type="checkbox"/> Outro endereço 9 <input type="checkbox"/> Ignorada			
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA 52) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA CARLOS RIBEIRO				Número		Bairro	
53) Cartório				Código		54) Registro	
55) Município				Código		56) UF PB	



BOLETIM DE OCORRÊNCIA 029/2016

HORA DO FATO: 17h ;

DATA DO FATO: 01/05/2016;

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:
06/05/2016, por volta das 10h22min;

DO COMUNICANTE: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, natural de Umbuzeiro/PB, carpinteiro, nascido no dia 01/02/1961, 55 anos de idade, portador do RG: 2567750-SSP/PE, CPF: 070.947.688-42, filho de João Flausino da Costa e Josefa Severina do Espírito Santo, residente no Sítio Chá do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

LOCAL DO OCORRIDO: Sítio Juá, zona Rural de Aroeiras/PB;

VÍTIMA(S): GILLIARD FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de Ivanildo Flausino da Costa e Luzia Avelino da Silva, portador do RG. 8734159-SDS/PE, CPF: 098.779.104-46, CNH: 06235143612-DETRAN/PB, residente no Sítio Chá do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

TESTEMUNHA(S): A APRESENTAR POSTERIORMENTE;

ACUSADO(S): NÃO HOUVE;

NARRAÇÃO DO FATO: QUE no dia 01 de maio de 2016, por volta das 17h aproximadamente, seu filho saiu de casa para visitar sua irmã que reside nesta cidade de Aroeiras/PB, em sua MOTO HONDA CB 300R, DE COR BRANCA, PLACA PEV 0080, CHASSI 9C2NC4310CR017717, licenciada em nome de Edesio Mendes da Costa, quando já retornava para casa, na localidade do Sítio Juá, zona rural de Aroeiras/PB, ao entrar numa curva e não conseguindo fazê-la, colidiu com o muro de uma residência vindo a óbito no local; QUE segundo o comunicante e pai da vítima, seu filho foi encaminhado para o IML, na cidade de Campina Grande/PB, para as providências que o caso requer. É o teor da ocorrência.

AUTORIDADE:

[Assinatura]
Delegado de Polícia
M. 158.340.0

COMUNICANTE:

[Assinatura de Ivanildo Flausino da Costa]

ESCRIVÃO:

[Assinatura]



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:

GILLIARD FLAUSINO DA COSTA

MATRÍCULA:

0003310155 2016 4 00007 130 0005405 55

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
masculino		solteiro, 26 anos
NATURALIDADE/UF	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
Umbuzeiro-PB	CPF nº-098.779 104-46	

ELEITOR
SIM - Nº 037878611210, Zona: 36 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)
IVANILDO FLAUSINO DA COSTA e LUZIA AVELINO DA SILVA. Residência(o) Sítio Chã do Touro, no município de Umbuzeiro-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
um de maio de dois mil e dezesseis - 17:00	01	05	2016

LOCAL DO FALECIMENTO
Em via pública: Sítio Juá, deste município

CAUSA DA MORTE
POLITRAUMATISMO COM HEMORRAGIA CONSECUTIVA, (ACIDENTE DE MOTO)

NOME DO MÉDICO / CRM	LOCAL DO SEPULTAMENTO
Dr. Eduardo Herculano de Lima - CRM: 1350	Cemitério de Umbuzeiro-PB

DECLARANTE
IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, pai do falecido, brasileiro, solteiro, com 55 anos de idade, carpinteiro, residente e domiciliado: Sítio Chã do Touro, Umbuzeiro-PB, natural de Umbuzeiro-PB

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES
Observações: Registro lavrado em 03/05/2016, no Livro C-00007, Nº 5405, folha 130-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito, nº 225235862. O FALECIDO ERA SOLTEIRO, PORÉM VIVIA CONJUGALMENTE COM JAQUELINE FELIX DA SILVA, E DESSA UNIÃO NÃO DEIXOU FILHOS, ERA ELEITOR E NÃO DEIXOU BENS. DN: 16/10/1989 RG: 8.734.159-SSP-PE CTPS: 95474-00075-PB REZEY: 482646-SÉRIE-P Cert.Nasc.º 4530 fls.263 do Liv.A-04 Cartº de Umburetema-Óbito-PE

NOME DO OFÍCIO
Cartório do Registro Civil - Arcoíras - PB

OFICIAL REGISTRADOR
Selma Santos de Lima

MUNICÍPIO/UF
Arcoíras-PB

ENDEREÇO
Rua Neco de Andrade nº 60 Arcoíras-PB - CEP 58489000 Fone: (83) 3396.1083 E-mail: cartoriosantoslima@hotmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Arcoíras-PB, 3 de Maio de 2016

Selma Santos de Lima

Selma Santos de Lima
Oficial do Registro Civil

Selo Digital: **AAU50173-GQUB**
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.ijph.jus.br>

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Regina Coeli S. L. de Araújo - Subalibã
Fone: (83) 3396-1063
CNPJ: 35.492.990/0001-07
cartoriosantoslima@hotmail.com

1423 25/05/2016 016285 55000001 0000 12



I Identificação	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> 1 Fetal <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não Fetal	2 Data do óbito 03.05.2016	Hora 16:00	3 Cartão SUS	4 Naturalidade Umburiceira - PB
	5 Nome do Falecido GILBERTO RAFAELINO DA COSTA	6 Nome do Pai EVANILDO RAFAELINO DA COSTA	7 Nome da Mãe LUIZA AUGUSTO DA SILVA	Município / UF (se estrangeiro, informar País)	
	8 Data de nascimento 10.10.1989	9 Idade 26	10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela	12 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo
II Residência	13 Escolaridade (última série concluída) <input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto <input type="checkbox"/> 5 Superior completo	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) AGRICULTOR	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA CUBA DO TCU	16 CEP	17 Bairro/Distrito ZONA RURAL
	18 Município de residência UMBURICEIRA	19 UF PB	20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> 1 Hospício <input type="checkbox"/> 2 Outros estabelecimento de saúde <input type="checkbox"/> 3 Domicílio <input type="checkbox"/> 4 Via pública <input type="checkbox"/> 5 Outros <input type="checkbox"/> 6 Aldeia indígena	21 Estabelecimento Código CNES	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA CUBA DO TCU
	23 CEP	24 Bairro/Distrito ZONA RURAL	25 Município de ocorrência BARRA	26 UF PB	27 UF
III Ocorrência	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
	28 Idade (anos) 35	29 Escolaridade (última série concluída) <input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade <input type="checkbox"/> 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto <input type="checkbox"/> 5 Superior completo	30 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	31 Código CBO 2002	32 UF
	33 Número de filhos vivos 1	34 Nº de semanas de gestação 38	35 Tipo de gravidez <input checked="" type="checkbox"/> 1 Única <input type="checkbox"/> 2 Dupla <input type="checkbox"/> 3 Tripla e mais <input type="checkbox"/> 4 Ignorada	36 Tipo de parto <input type="checkbox"/> 1 Vaginal <input checked="" type="checkbox"/> 2 Cesáreo <input type="checkbox"/> 3 Ignorado	37 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 Antes <input type="checkbox"/> 2 Durante <input checked="" type="checkbox"/> 3 Depois <input type="checkbox"/> 4 Ignorado
IV Fetal ou menor que 1 ano	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				
	38 A morte ocorreu <input checked="" type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 5 Não ocorreu nestes períodos	39 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 1 Ignorado	40 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado	41 Diagnóstico confirmado por <input checked="" type="checkbox"/> 1 Necropsia <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado	42 Tempo aproximado entre o início da doença e a morte C/D
	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.	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA. a) DOENÇA INFECTIOSA COM NEFROPATIA b) INSUFICIÊNCIA RENAL c) DOENÇA DO CORAÇÃO d) DOENÇA DO SISTEMA RESPIRATÓRIO			
V Condições e causas do óbito	PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
	44 Nome do Médico Dr. Edmarcio de Lima	45 CRM 1350	46 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> 1 Assistente <input type="checkbox"/> 2 Substituto <input type="checkbox"/> 3 JME	47 Município e UF do SVO ou IML Cidade de Umburiceira - PB	48 Assinatura Dr. Edmarcio de Lima
	49 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) 0311-3333-3333	50 Data do atestado 03.05.2016	51 Assinatura Dr. Edmarcio de Lima	52 CRM 1350	53 Mat. 75.537-1
VI Médico	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)				
	54 Tipo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Acidente <input type="checkbox"/> 2 Suicídio <input type="checkbox"/> 3 Homicídio <input type="checkbox"/> 4 Outros	55 Acidente de trabalho <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não	56 Fonte da informação <input type="checkbox"/> 1 Início da informação <input type="checkbox"/> 2 Hospital <input type="checkbox"/> 3 Família <input type="checkbox"/> 4 Outra	57 Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input type="checkbox"/> 1 Via pública <input type="checkbox"/> 2 Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> 3 Outros <input type="checkbox"/> 4 Ignorada	58 Descrição sumária do evento ACIDENTE DE TRÂNSITO
	59 Endereço do local do acidente ou violência RUA CUBA DO TCU	60 Número	61 Bairro	62 Município UMBURICEIRA	63 UF PB
VII Causas externas	64 Cartório	65 Código	66 Registro	67 Data	68 UF
	69 Município				
	70 UF				

CNPJ: 09.248.608/0001-04



I	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> 1 Fetal <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não fetal	2 Data do óbito 03.10.2016	3 Hora 16:00	4 Cartão SUS	5 Naturalidade UMBUZEIRO - PB Município / UF (do estrangeiro informar País)
	6 Nome do Falecido SILVANO LAUSTIANO DA COSTA	7 Nome da Mãe LUIZIA AVELINO DA SILVA			
	8 Nome do Pai EUFÂNIO LAUSTIANO DA COSTA	9 Idade Anos completos: 26 Meses: 11 Dias: 19 Horas: 19 Minutos: 9	10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masc. <input type="checkbox"/> F - Fem. <input type="checkbox"/> I - Ignorado	11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 Indígena	12 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> 1 Solteiro <input type="checkbox"/> 2 Casado <input type="checkbox"/> 3 Viúvo <input type="checkbox"/> 4 Separado judicialmente <input type="checkbox"/> 5 União estável <input type="checkbox"/> 6 Ignorada
	13 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) Série: <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto <input type="checkbox"/> 5 Superior completo Ignorado: <input type="checkbox"/> 9	14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) AGRICULTOR	Código CBO 2002		
II	15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA CARLOS DE FREITAS	16 Número	17 CEP		
	17 Bairro/Distrito CENTRO	18 Código	19 Município de residência UMBUZEIRO	20 Código	21 UF PB
III	22 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> 1 Hospital <input type="checkbox"/> 2 Outros estabelecimento de saúde <input type="checkbox"/> 3 Domicílio <input type="checkbox"/> 4 Via pública <input type="checkbox"/> 5 Outros <input type="checkbox"/> 6 Aldeia indígena <input type="checkbox"/> 7 Ignorado	23 Estabelecimento	Código CNES		
	24 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA CARLOS DE FREITAS	25 Número	26 Complemento	27 CEP	
IV	28 Bairro/Distrito CENTRO	29 Código	30 Município de ocorrência RABENHA	31 Código	32 UF PB
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE				
V	33 Idade (anos) 26	34 Escolaridade (última série concluída) Nível: <input type="checkbox"/> 0 Sem escolaridade <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> 2 Fundamental II (5ª a 8ª Série) Série: <input type="checkbox"/> 3 Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> 4 Superior incompleto <input type="checkbox"/> 5 Superior completo Ignorado: <input type="checkbox"/> 9	35 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)	Código CBO 2002	
	36 Número de filhos vivos 1	37 Nº de semanas de gestação 35	38 Tipo de gravidez <input checked="" type="checkbox"/> 1 Única <input type="checkbox"/> 2 Dupla <input type="checkbox"/> 3 Tripla e mais <input type="checkbox"/> 4 Ignorada	39 Tipo de parto <input checked="" type="checkbox"/> 1 Vaginal <input type="checkbox"/> 2 Cesáreo <input type="checkbox"/> 3 Ignorado	40 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> 1 Antes <input type="checkbox"/> 2 Durante <input type="checkbox"/> 3 Depois <input type="checkbox"/> 4 Ignorado
VI	41 Número do parto 1	42 Nº de semanas de gestação 35	43 Tipo de gravidez <input checked="" type="checkbox"/> 1 Única <input type="checkbox"/> 2 Dupla <input type="checkbox"/> 3 Tripla e mais <input type="checkbox"/> 4 Ignorada	44 Tipo de parto <input checked="" type="checkbox"/> 1 Vaginal <input type="checkbox"/> 2 Cesáreo <input type="checkbox"/> 3 Ignorado	45 Peso ao nascer 3.500g
	46 Número da Declaração do Nascimento Vivo 1	47 Assinatura Dr. Eduardo Heráclito de Lima	48 Assinatura	49 Assinatura	50 Assinatura
VII	ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL				
	51 A morte ocorreu <input checked="" type="checkbox"/> 1 Na gravidez <input type="checkbox"/> 2 No parto <input type="checkbox"/> 3 No abortamento <input type="checkbox"/> 4 Até 42 dias após o término da gestação <input type="checkbox"/> 5 De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> 6 Não ocorreu nestes períodos	ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado			
VIII	DIAGNÓSTICO CONFIRMADO PO 39 Necropsia? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 3 Ignorado				
	CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia acima.				
IX	41 Nome do Médico Dr. Eduardo Heráclito de Lima	42 CRM 1350	43 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> 1 Assistente <input type="checkbox"/> 2 Substituto <input type="checkbox"/> 3 JML	44 Município e UF do SVO ou IML UMBUZEIRO - PB	45 Assinatura Dr. Eduardo Heráclito de Lima
	46 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	47 Data do atestado 03.10.2016	48 Assinatura Dr. Eduardo Heráclito de Lima	49 Assinatura	50 Assinatura
X	PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)				
	51 Tipo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Acidente <input type="checkbox"/> 2 Suicídio <input type="checkbox"/> 3 Homicídio <input type="checkbox"/> 4 Outros <input type="checkbox"/> 5 Ignorado	52 Descrição sumária do evento Acidente de trânsito	53 Fonte da Informação <input checked="" type="checkbox"/> 1 Ocorrência Policial <input type="checkbox"/> 2 Hospital <input type="checkbox"/> 3 Família <input type="checkbox"/> 4 Outra <input type="checkbox"/> 5 Ignorada	Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência <input checked="" type="checkbox"/> 1 Via pública <input type="checkbox"/> 2 Endereço da residência <input type="checkbox"/> 3 Outro domicílio <input type="checkbox"/> 4 Estabelecimento comercial <input type="checkbox"/> 5 Outros <input type="checkbox"/> 6 Ignorada	
XI	ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA				
	54 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA CARLOS DE FREITAS	55 Número	56 Bairro CENTRO	57 Município UMBUZEIRO	58 UF PB
XII	59 Cartório	60 Código	61 Registro	62 Data	63 UF
	64 Município	65 Código	66 Registro	67 Data	68 UF

SECRETARIA DO ESTADO DA PARAIBA
Selo Digital de Fiscalização
RDP 1698-XP22
Carteira de Identificação
CPF: 000.000.000-00
Márcia Alves Travençolo
Téc. Substituto



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME:
GILLIARD FLAUSINO DA COSTA
MATRÍCULA:
0003310155 2016 4 00007 130 0005405 55

SEXO: ☒ masculino ☐ feminino COR: _____ ESTADO CIVIL E IDADE: ☐ solteiro, 26 anos

NATURALIDADE/UF: Umbuzeiro-PB DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: CPF nº-098.779.104-48

ELEITOR: SIM - Nº-037970611210, Zona: 36 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO): IVANILDO FLAUSINO DA COSTA e LUZIA AVELINO DA SILVA. Residia na(o) Sítio Chã do Touro, no município de Umbuzeiro-PB

DATA E HORA DO FALECIMENTO: 01 de maio de dois mil e dezesseis - 17:00 DIA: 01 MÊS: 05 ANO: 2016

LOCAL DO FALECIMENTO: Em via pública: Sítio Juá, deste município

CAUSA DA MORTE: POLI TRAUMATISMO COM HEMORRAGIA CONSECUTIVA, (ACIDENTE DE MOTO)

NOME DO MÉDICO / CRM: Dr. Eduardo Heráclio de Lima - CRM: 1350 LOCAL DO SEPULTAMENTO: Cemitério de Umbuzeiro-PB

DECLARANTE: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, pai do falecido, brasileiro, solteiro, com 55 anos de idade, carpinteiro, residente e domiciliado: Sítio Chã do Touro - Umbuzeiro-PB, natural de Umbuzeiro-PB

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES: Observações: Registro lavrado em 03/05/2016, no Livro C-00007, Nº 5405, folha 130-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 225235862. O FALECIDO ERA SOLTEIRO, PORÉM VIVIA CONJUGALMENTE COM JAQUELINE FELIX DA SILVA E DESSA UNIÃO NÃO DEIXOU FILHOS, ERA ELEITOR E NÃO DEIXOU BENS. DN: 16.10.1989 RG: 6.704.159-SSP-PE CTPS.95474-00075-PB REZEV.482646-SÉRIE-P Cart.Nasc nº 4930 fls.263 do Liv.A-04 Cart. de Umbuzeiro-PB.

NOME DO OFÍCIO: Cartório do Registro Civil - Aracêiras - PB

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Aracêiras-PB, 3 de Maio de 2016

OFICIAL REGISTRADOR: Selma Santos de Lima

Selma Santos de Lima
Selma Santos de Lima
Oficial do Registro Civil

MUNICÍPIO/UF: Aracêiras-PB

ENDEREÇO: Rua Neco de Andrade nº 60 Aracêiras-PB - CEP 58489000.Fone: (83) 3396-1003 E-mail: cartoriosantoslima@hotmail.com

Selo Digital: **AAU50173-GQUB**
Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tpb.jus.br>

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Registradora
Região Cost S. L. de Araújo - Substituta
Fone: (83) 3396-1003
CNPJ: 35.492.990/0001-07
cartoriosantoslima@hotmail.com

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia

2ª Superintendência Regional de Polícia
11ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia Civil de Aroeiras-PB.



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA 029/2016

HORA DO FATO: 17h ;

DATA DO FATO: 01/05/2016;

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:
06/05/2016, por volta das 10h22min;

DO COMUNICANTE: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, natural de Umbuzeiro/PB, carpinteiro, nascido no dia 01/02/1961, 55 anos de idade, portador do RG: 2567750-SSP/PE, CPF: 070.947.688-42, filho de João Flausino da Costa e Josefa Severina do Espirito Santo, residente no Sítio Chã do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

LOCAL DO OCORRIDO: Sítio Juá, zona Rural de Aroeiras/PB;

VÍTIMA(S): GILLIARD FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de Ivanildo Flausino da Costa e Luzia Avelino da Silva, portador do RG: 8734159-SDS/PE, CPF: 098.779.104-46, CNH: 06235143612-DETRAN/PB, residente no Sítio Chã do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

TESTEMUNHA(S): A APRESENTAR POSTERIORMENTE;

ACUSADO(S): NÃO HOUVE;

NARRAÇÃO DO FATO: QUE no dia 01 de maio de 2016, por volta das 17h aproximadamente, seu filho saiu da casa para visitar sua irmã que reside nesta cidade de Aroeiras/PB, em sua MOTO HONDA CB 300R, DE COR BRANCA, PLACA PEV 0080, CHASSI 9C2NC4310CR017717, licenciada em nome de Edesio Mendes da Costa, quando já retornava para casa, na localidade do Sítio Juá, zona rural de Aroeiras/PB, ao entrar numa curva e não conseguindo fazê-la, colidiu com o muro de uma residência vindo a óbito no local; QUE segundo o comunicante e pai da vítima, seu filho foi encaminhado para o IML na cidade de Campina Grande/PB, para as providências que o caso requer. É o teor da ocorrência.

AUTORIDADE:

COMUNICANTE:

ESCRIVÃO:

JUSTIÇA DO ESTADO DA PARAÍBA
Selo Digital de Fiscalização
ABF 16989- KUK
Régua e Autenticidade
http://releasidm.jus.br
Certifico que a presente
Cópia é o Reprodutível
original que me foi
remetido, em 06/05/2016
Unmuzeiro, 16/05/2016
Marçal Alves Travares
Tabelião Substituto

1ª. CARTÓRIO
DE REGISTRO DE IMÓVEIS
DE AROEIRAS
DE 01/05/2016

14/25 25/05/2016 016811 55832323 1103 9901 12

ENTER

01044223377

Marib de Bata (1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 26

CNPJ: 09.248.608/0001-04

UNITED STATES DISTRICT COURT
SOUTHERN DISTRICT OF NEW YORK



I	1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Feito <input checked="" type="checkbox"/> Não Feito		2 Data do óbito 03.05.2016		3 Cartão SUS		4 Naturalidade UMBURZEIRO - PB		
	5 Nome do falecido GILBERTO LAUSTINO DA COSTA		6 Nome da Mãe LUIZA AVELINO DA SILVA		7 Nome da Mãe		8 Data de nascimento 10.10.1989		
II	9 Idade 26		10 Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M - Masculino <input type="checkbox"/> F - Feminino		11 Raça/Cor <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela		12 Situação conjugal <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo		
	13 Escolaridade (última série concluída) <input checked="" type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		14 Ocupação habitual AGRICULTOR		15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA DA PAZ		16 CEP		
III	17 Bairro/Distrito CENTRO		18 Município de residência UMBURZEIRO		19 UF PB		20 Local de ocorrência do óbito <input checked="" type="checkbox"/> Hospício <input type="checkbox"/> Domicílio <input type="checkbox"/> Outros		
	21 Estabelecimento		22 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) RUA DA PAZ		23 CEP		24 Bairro/Distrito CENTRO		
IV	25 Município de ocorrência PARRICURAS		26 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		27 Idade (anos) 26		28 Escolaridade (última série concluída) <input checked="" type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série)		
	29 Número de filhos vivos 00		30 Nº de semanas de gestação 00		31 Tipo de parto <input checked="" type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> Gêmeos <input type="checkbox"/> Triplê e mais		32 Tipo de morte em relação ao parto <input checked="" type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		
V	33 Peso ao nascer Kilogramas		34 Número da Declaração de Nascimento Vivo		35 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		36 Diagnóstico confirmado pelo médico <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		
	37 Causas da morte PARTES I Doença ou estado mórbido que causou o falecimento a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica. PARTES II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não estiveram, porém, na cadeia causal.		38 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA 1. TRAUMATISMO COM HEMORRAGIA 2. DEBILIDADE 3. DOENÇA DE ALCOOLISMO 4. DOENÇA DE DIABETES 5. DOENÇA DE HIPERTENSÃO 6. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA 7. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA RENAL 8. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA 9. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA CIRCULATÓRIA 10. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA HEPÁTICA 11. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA NEUROLÓGICA 12. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA PSÍQUICA 13. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 14. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 15. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 16. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 17. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 18. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 19. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 20. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 21. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 22. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 23. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 24. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 25. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 26. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 27. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 28. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 29. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 30. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 31. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 32. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 33. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 34. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 35. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 36. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 37. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 38. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 39. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 40. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 41. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 42. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 43. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 44. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 45. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 46. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 47. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 48. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 49. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 50. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 51. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 52. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 53. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 54. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 55. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 56. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 57. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 58. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 59. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 60. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 61. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 62. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 63. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 64. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 65. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 66. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 67. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 68. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 69. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 70. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 71. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 72. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 73. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 74. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 75. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 76. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 77. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 78. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 79. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 80. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 81. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 82. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 83. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 84. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 85. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 86. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 87. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 88. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 89. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 90. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 91. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 92. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 93. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 94. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 95. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 96. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 97. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 98. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 99. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA 100. DOENÇA DE INSUFICIÊNCIA SANGÜÍNEA		39 Assinatura Dr. Eduardo Henrique de Lima		40 Nome do médico Dr. Eduardo Henrique de Lima		41 CRM 13510
VI	42 Nome do médico		43 CRM		44 Óbito atestado por Médico <input checked="" type="checkbox"/> Assistente <input type="checkbox"/> Substituto <input type="checkbox"/> JML		45 Município e UF do SVO ou IML		
	46 Nome de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)		47 Data do atestado		48 Assinatura		49 Nome do médico Dr. Eduardo Henrique de Lima		
VII	50 Prováveis circunstâncias de morte NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico)		51 Tipo de acidente <input checked="" type="checkbox"/> Acidente <input type="checkbox"/> Suicídio		52 Descrição sumária do evento Acidente de trânsito		53 Endereço do local do acidente ou violência		
	54 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) RUA DA PAZ		55 Número 13510		56 Bairro CENTRO		57 Município PARRICURAS		
VIII	58 Cartório		59 Registro		60 Data		61 UF		
	62 Município		63 UF		64 UF		65 UF		

14:26 25/05/2016 016817 3369202024 LIB28 2980T 12

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia

2ª Superintendência Regional de Polícia
1ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Polícia Civil de Aroeiras-PB.



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA 029/2015

HORA DO FATO: 17h;

DATA DO FATO: 01/05/2016;

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO:
06/05/2016, por volta das 10h22min;

DO COMUNICANTE: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, natural de Umbuzeiro/PB, carpinteiro, nascido no dia 01/02/1961, 55 anos de idade, portador do RG: 2567750-SSP/PE, CPF: 070.947.688-42, filho de João Flausino da Costa e Josefa Severina do Espírito Santo, residente no Sítio Chã do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

LOCAL DO OCORRIDO: Sítio Juá, zona Rural de Aroeiras/PB;

VÍTIMA(S): GILLIARD FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de Ivanildo Flausino da Costa e Luzia Avelino da Silva, portador do RG: 8734159-SDS/PE, CPF: 098.779.104-46, CNH: 06235143612-DETRAN/PB, residente no Sítio Chã do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

TESTEMUNHA(S): A APRESENTAR POSTERIORMENTE;

ACUSADO(S): NÃO HOUE;

NARRAÇÃO DO FATO: QUE no dia 01 de maio de 2016, por volta das 17h aproximadamente, seu filho saiu de casa para visitar sua irmã que reside nesta cidade de Aroeiras/PB, em sua MOTO HONDA CB 300R, DE COR BRANCA, PLACA PEV 0060, CHASSI 9C2NC4310CR017717, licenciada em nome de Edesio Mendes da Costa, quando já retornava para casa, na localidade do Sítio Juá, zona rural de Aroeiras/PB, ao entrar numa curva e não conseguindo fazê-la, colidiu com o muro de uma residência vindo a óbito no local; QUE segundo o comunicante e pai da vítima, seu filho foi encaminhado para o IML na cidade de Campina Grande/PB, para as providências que o caso requer. É o teor da ocorrência.

AUTORIDADE:

[Assinatura]
Delegacia de Polícia Civil
150-500-0

COMUNICANTE:

Ivanildo F. da Costa

ESCRIVÃO:

[Assinatura]

14:26 25/05/2016 01:58:18 SESP/PC/19 LIDER JPM 12



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO
NOME:
GILLIARD FLAUSINO DA COSTA

MATRÍCULA:
0003310155 2016 4 00007 130 0005405-55

SEXO masculino	COR	ESTADO CIVIL E IDADE solteiro; 26 anos
NATURALIDADE/UF Umbuzeiro-PB		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF nº: 098.779.104-46
ELEITOR SIM - Nº 037878611210 - Zona: 36 - PB		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO) IVANILDO FLAUSINO DA COSTA e LUZIA AVELINO DA SILVA. Residência: Sítio Chã do Touro, no município de Umbuzeiro-PB		
DATA E HORA DO FALECIMENTO um de maio de dois mil e dezesseis - 17:00		DIA 01
		MÊS 05
		ANO 2016
LOCAL DO FALECIMENTO Em via pública: Sítio Jua; deste município		
CAUSA DA MORTE POLITRAUMATISMO COM HEMORRAGIA CONSECUTIVA. (ACIDENTE DE MOTO)		
NOME DO MÉDICO / CRM Dr. Edvardo Herculano de Lima - CRM: 1350		LOCAL DO SEPULTAMENTO Cemitério de Umbuzeiro-PB
DECLARANTE IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, pai do falecido, brasileiro, solteiro, com 55 anos de idade, carpinteiro, residente e domiciliado: Sítio Chã do Touro, Umbuzeiro-PB, natural de Umbuzeiro-PB		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES Observações: Registro lavrado em 03/05/2016, no Livro C-00007, Nº 5405, folha 130-V. Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 225235862. O FALECIDO ERA SOLTEIRO, PORÉM VIVIA CONJUGALMENTE COM JAQUELINE FELIX DA SILVA, E DESSA UNIÃO NÃO DEIXOU FILHOS, ERA ELEITOR E NÃO DEIXOU BENS. DN: 16-10-1989 RG: 8.734.159-SSP-PE CTPS: 95474-00075-PB REZEV: 482646-SÉRIE-P Cert.Nasc.º 4530 fls.263 do Liv.A-04 Cartº de Umbuzeiro-PB		
NOME DO OFÍCIO Cartório do Registro Civil - Arcoíras - PB		
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé Arcoíras-PB, 3 de Maio de 2016		
OFICIAL REGISTRADOR Selma Santos de Lima		
MUNICÍPIO/UF Arcoíras-PB		
ENDEREÇO Rua Neco de Andrade nº 60 Arcoíras-PB - CEP 58489000 Fone: (83) 3396-1063 E-mail: cartoriosantoslima@hotmail.com		

Selo Digital: **AAU50173-GQUB**
Consulte a autenticidade em: <https://selo.digital.tpb.jus.br>

OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL
Selma Santos de Lima - Oficial do Registro Civil
Fone: (83) 3396-1063
CNPJ: 35.492.990/0001-07
cartoriosantoslima@hotmail.com

ARPENBRASIL AA 002590206 BRP

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010442273735
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA RENAVAM R.N.T.D. EXERCÍCIO
1 408381135 2013

NOME
EDSON MENDES DA COSTA

RECIFE-PE

CPF/CNPJ PLACA
252.248.804-49 PE 0980

PLACA ANT./UP CLASS
***** /PE 302034810CR017717

ESPÉCIE COMBUSTÍVEL
MOTO CICLOTA GASOLINA

VANTAGEM/OUTRO ANO CAD. R.O.U.
HONDA/CE 2008 2011 2012

CAR. POT./CL. CATEGORIA COM. PREDOMINANTE
22/28101 BRTIC BRTIC

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2013 QUITADO 1 *****

FAIXA ÚNICA PARCELAMENTO / COTAS 2 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
AV. FID. BANTO ITAUCARA SA

RECIFE DATA
02 DE 12

Manoel de Fátima Almeida B. Costa
Diretora de Registro e Licenciamento de Veículos

PE Nº 010442273735 BILHETE DE SEGURO DPV

DETAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCÍCIO
ELAB. NO E DE PONTE OBRIGATORIO 2013

CPF/CNPJ PLACA
252.248.804-49 PEV0080

EDSON MENDES DA COSTA
RUA CORREIO JOAO FRANCISCO 231

AGUA FRIA RECIFE-PE 52111-580

BILHETE DE SEGURO DPVAT
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
PE Nº 010442273735 2013 02/05/13

VIA CPF/CNPJ PLACA
1 252.248.804-49 PEV0080

RENAVAM MARCA/MODELO
408381135 HONDA/CE 2008

ANOTAD. CAT. ANO CLASS
2011 09 302034810CR017717

PRÊMIO TARIFÁRIO
PRÊMIOS (R\$) DENATIAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) BILHETE PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.600/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010442273735

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 406331135 AN. FIC. 2011 EXERCÍCIO 2013

NOME EDESIO MENDES DA COSTA

RECIFE - PE

CPF/CNPJ 362.240.204-49 PLACA PE-0080

PLACA ANT. / UF 362.240.204-49 PE-0080

CHASSI 9C2NC4310CR017717

ESPÉCIE TIPO / MOTOCICLISTA

MARCA / MODELO HONDA / CB 300R

ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2012

CAP. POT. / CIL. 25 / 291CL CATEGORIA 2ª CIL. 291CL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

FAIXA I RYA. PARCELAMENTO / COTAS 1ª 2ª 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES AL. FID. BANCO ITAÚN S/A

RECIFE DATA 03/05/13

ASSINATURA DO DETRAN

ASSINATURA DO DETRAN

PE Nº 010442273735 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCÍCIO

ESTE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO. 2013

CPF / CNPJ PLACA

362.240.204-49 PEV0080

EDESIO MENDES DA COSTA

RUA CORREGO JOAO FRANCISCO 231

AGUA FRIA

RECIFE - PE 32111-560

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

PE Nº 010442273735 2013 03/05/13

VIA 1 CPF / CNPJ PLACA

362.240.204-49 PEV0080

RENAVAM 406331135

MARCA / MODELO HONDA / CB 300R

ANO FAB. 2011 CIL. 291CL Nº CHASSI 9C2NC4310CR017717

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) TOTAL A SER PAGOS (R\$)

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO


SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

SEGURO PAGO

14:24 25/05/2016 016795 556130000 LIDER DPVAT 12

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0926129/16

Vítima: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA

CPF: 098.779.104-46

Data do Acidente: 01/05/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GILLIARD FLAUSINO DA COSTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Certidão de óbito

Documentos de identificação

Outros

IVANILDO FLAUSINO DA COSTA : 070.947.688-42

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

JAQUELINE FELIX DA SILVA : 105.881.154-10

Autorização de pagamento

Certidão de nascimento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

LUZIA AVELINO DA SILVA : 036.675.444-05

Autorização de pagamento

Certidão de nascimento

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 entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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 a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 15/06/2016

Nome: JAQUELINE FELIX DA SILVA

CPF/CNPJ: 105.881.154-10

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 15/06/2016

Nome: ROBERTO SILVA DE BITTENCOURT

CPF: 184.454.891-00

JAQUELINE FELIX DA SILVA

ROBERTO SILVA DE BITTENCOURT

SEGURAD

SAC DPVAT 0800 022 12 04



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
IVANILDO ELAUSINO DA COSTA			
ENDEREÇO / Address			
CONJUNTO CEHAP (COHAB II), 5			
CEP / Zip		CIDADE / City	UF / State PAIS / Country
58497000		UMBURZEIRO	PB BRASIL



"RECICLAR MATERIAS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



PROBAC
 904.670.0000
 Tel : 9821 3704-581

[illegible]