

---

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2016

Carta n°: 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](http://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](http://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](http://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 inicio 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,



---

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](http://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](http://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 inicio 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,



---

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](http://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](http://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 inicio 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](http://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](http://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 inicio 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](http://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](http://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 inicio 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](http://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](http://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 inicio 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](http://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](http://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 inicio 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,



---

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](http://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](http://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 inicio 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](http://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](http://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 inicio 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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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](http://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

AutORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

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, JACQUELINE FELIX DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 8.922.761 EXPEDIDO POR SOS - PR EM 25/01/2010 ECPF 105.880.059-10 /CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO Alentejana  
E RENDA MENSAL DE R\$ — (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA GILBERTO ELAUSIO 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 POUPIANÇA operação 013 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 colorida ou escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 01 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1346-3 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 17.734-2

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (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.

União Branca 11 de maio de 2016  
LOCAL E DATA

Jacqueline 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 da pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT (0800-0221204).

14:21 25/05/2016 816781

Banco Postal

Extrato de Conta Corrente BCB

Agência: 30301441-00 AMBURGUE  
Terminal: 99937123 Irf. Trx.: 5999  
Mtr. Atv.: 142626 Caixa: 84781211  
Data: 06/05/2016 Hora: 14:26  
Horário de Brasília

BANCO DO BRASIL S.A.  
5057906032 0267

EXTRATO DA CONTA CORRENTE PARA SÉRIE COM-CRÉDITO

AGÊNCIA: 130133 CONTA: 11.731-2  
CLIENTE: MARLIANE FELIX DA SILVA

| HISTÓRICO  | DESCRIÇÃO                       | VALOR      |
|--|---------------------------------|------------|
| -----  | -----                           | -----      |
| -----  | 04/05/2016                      | -----      |
| Saldo Anterior   |                                 | 0,000      |
| -----  | N A O H A L A N C A B E M 1 0 3 | -----      |
| -----  | -----                           | -----      |
| Juros *  |                                 | 0,00       |
| -----  | -----                           | -----      |
| -----  | Data de Débito de Juros         | 01/06/2016 |
| -----  | TOF *                           | 0,00       |
| -----  | Data de Débito de TOF           | 01/06/2016 |
| (*) Apurados do acordo com o somatório dos saldos devedores abertos no mês anterior ao débito. |                                 |            |
| -----  | -----                           | -----      |
| SALDO EM CONTA SALÁRIO   |                                 | 0,000      |
| -----  | -----                           | -----      |

OBSEVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC  
0800 729 0722



Seguradora Líder • DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autorização de pagamento

000144

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, 31042014 Flávia de Souza  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2567780 EXPEDIDO POR SSP PA EM / / E  
 CPF 0701942680-92 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO funcionaria  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.110,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA 611140 Flávia de Souza, 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 013 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISOPVAT 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 colorida, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação 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 DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

10/04/2014, 11 de maio de 2016

LOCAL E DATA

x Flávia de Souza

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.dpvatseguradotransito.com.br](http://www.dpvatseguradotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

14:24 25/05/2016 016792 SEGURO DPVAT

Barco Postal

#### 4.1.4 Saldo de Cuenta Corriente net

Agência : 80000011 AC UNIBRAZIL  
Tentativa : 20336293 Int. lnt. : 122380  
Nro. Aut. : 15392 Caixa : 84767007  
Data : 03/05/2006 hora : 15:39  
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL  
57570-00002 SAC BB 1606 720 0722

CLIENTE: IVAN LUD PLASINHO COSTA  
 AGENCIA: 0502-7 10 603-1  
 SALDO: 345,80  
 -----  
 DISPONIVEL: 345,80  
 JEROS: 0,00 INF: 0,00  
 -----  
 SALDO EM CONTA: 345,80

14:24 25/05/2016 016796 © MANGA LITERATUR 12



Seguradora Líder • DPVAT

**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Autism and the media



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, TRADITIONAL FARMING AT STAKE

PORTADOR(A) DO RG N° 25677-50 EXPEDIDO POR SSP PA EM / /  E  
CPF 070.943.683-43 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO desconhecida  
E RENDA MENSAL DE R\$ 00,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURADO PVAT DA VÍTIMA GILVAN FERREIRA COSTA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
PVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(<sup>1</sup>) 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 POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 colorida, escritas 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 00 | Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 082 - 7 Nº da CONTA (com dígito, se existir). 10.663-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POLIPANCA (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 DESCRIATAS, RECONHECO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Vila Verde, 11 de maio  
LOCAL E DATA

de 2016 x Vai de Este

**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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Banco Postal

4.4 Saldo de Conta Corrente BVR

Agência : 80904-11 AC. UMBUZEIRO  
Terminal : 0703029 Id. Tel.: 122300  
Nro Aut.: 12402 Caixa : 84767007  
Data : 03-06-2016 Hora : 15:39  
(Horário do Brasil)

BANCO DO BRASIL  
5757045012 0363  
SAC RG 0606 729 0722

SALDO DE CONTA CORRENTE  
PARA SIMPLES REFERENCIA

|                                 |               |
|---------------------------------|---------------|
| CLIENTE: IVANDUO FLAVINHO QISIA |               |
| AGÊNCIA: 0502-7                 | 10 603-1      |
| SALDO                           | 345,850       |
| DISPONIVEL                      | 345,850       |
| AROS                            | 0,00 IPI 0,00 |
| SALDO EM CONTA SALÁRIO          | 0,000         |

Secretaria da  
**Segurança e da Defesa Social**  
Delegacia Geral de Polícia



# GOVERNO DA PARAIABA



Bibliothèque  
de l'Université

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 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: *PMV - Delegado de Policia Civil*

COMUNICANTE: João Pedro Faria Costa

## ESCRIVÂO:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
MUNICÍPIO E COMARCA DE OROBÓ  
DISTRITO DE UMBURETAMA  
CARTÓRIO DISTRITAL DO REGISTRO CIVIL  
E TABELIONATO DE UMBURETAMA

Rua do Livramento, 61, (55145) - Umburetama - Orobó - PE

**JOSÉ EDUARDO GOMES**  
Oficial do Registro Civil e Tabelião

**CERTIDÃO DE NASCIMENTO**

Nº 4530

Fls. 263

CERTIFICO que no livro nº A-4 de assentamentos, de nascimentos, foi feito no dia 20 do mês de janeiro do ano de 1990, o registro de GILLIARD FLAUSINO DA COSTA, nascido no dia dezeesseis de outubro de mil novecentos e oitenta e nove (16/10/1989), de sexo, masculino, às 09 horas, no Hospital "Marina Pessae" em Umbuzeiro-Paraíba, filho de IVANILDO FLAUSINO DA COSTA, e LUZIA AVELINO DA SILVA, identificados no termo.

são avós paternos: João Flausino da Costa,

e Josefa Severina do Espírito Santo,

avós maternos: João Antônio de Freitas, e

e Josefa Maria da Conceição.

foi declarante o próprio pai do registrado

Testemunhas: Antônio Lopes da Silva, e

Josefa Belchior dos Santos.

O referido é verdade e dou fé e assino

Observações: Cartório Distrital do Registro Civil  
e Tabelionato

Joe Eduardo Gomes

Oficial do Registro Civil e Tabelião

UMBURETAMA - OROBÓ - PE.

Umburetama-Orobó-PE, 20 de janeiro de 1990.

**Joe Eduardo Gomes**, José Eduardo Gomes  
Oficial do Registro Civil Oficial do Registro Civil  
Umburetama - PE. Tabelião



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Estado d a Paraibz.

Município (ou Comarca) de Umbuzeiro.

Cartório do Registro Civil.

Copyright 2010 by [www.english-test.net](http://www.english-test.net)

ATORIO DO K  
Distrito de Xeré-11  
Neilson Sales de  
cunhado Sábatino  
Neilson Sales de

## REGISTRO CIVIL

an Sales de Caldas Lins  
Oficial do 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 JAQUELINE FELIX DA SILVA //.

Nascido aos 30 de julho de 1992 as 11.00 horas e : : minutos,  
Hospital Marina Pessoa nesta cidade de Umbuzeiro do Estado da Paraíba  
do sexo feminino filha as: 25652016 016777  
de Antonio Felix da Silva.  
e de Severina Lourenço da Silva,  
sendo avós paternos Manoel Felix da Silva.

Severina Maria da Conceição,

Maternos Neuza Lourenço de Souza

卷之三

• 300 • 301 • 302 • 303 • 304

E foi declarante a mãe da registrante da

e serviram de Testemunhas as constantes do termo.

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

ESTORIO DO NEGÓCIO  
Distrito da Sudeste-Leste  
Neste o Salles de Souza  
referido é verdade e dou fé  
Joaquim de Souza  
Baravate U

Umbuzeiro, 26 de setembro de 1992

REPÚBLICA  
CATÓRIO DO REGISTRO CIVIL  
Distrito da Sede-Umuzetra-PB.  
Neilson Sales de C. Lima  
Encarregado Substituto  
João Pacheco de Souza  
Fotógrafo



ESTADO DO BRASIL

Certidão de nascimento



## REGISTRO CIVIL

# NASCIMENTO N° 6.322

CERTIFICO que à folhas 5.1v do livro A 7, o Registro de Nascimento  
foi feito hoje o assento de Luiz Antônio da Silva

nascido 8 dias Dois de Julho de mil novecentos e  
Sessenta e seis (1966) às 2 horas e 0 minutos  
em Olho D'água bairro desta comarca de Itabuna  
Estado da P.B. até esse Fazendo  
filho de Josefa Maria da Cunha

São avós Maternos, José Antônio da Silva e Maria  
Igacil dos Santos

Foi declarante o maior da esquerda  
e serviram de testemunhas Al. Barbosa de Souza

Observações: \_\_\_\_\_

Programa Cidadania

CATÓRIO DO REGISTRO CIVIL

Distrito da Sede-Umuzetra-PB.

Neilson Sales de C. Lima  
Encarregado Substituto

João Pacheco de Souza

O referido é verdade, dou fé.

Itabuna, 22 de Maio de 1994

Neilson Sales e Cidadania

14:25 05/05/2016 01:6927 SEMPREM LIDER DRAFT 11





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, JAQUELINE FELIX DA SILVA

RG nº 8922761, data de expedição 25/01/2010, Órgão SIS - 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>CONJUNTO CE-HAP (COMAR 2)</u> |
| Número                            | <u>5</u>                         |
| Apto / Complemento                | <u>—</u>                         |
| Bairro                            | <u>—</u>                         |
| Cidade                            | <u>UMBURAGAO</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 2016

Assinatura do Declarante: X Jaqueline Felix da Silva

EL RIO DE FLAUSINO DA COSTA  
LOC CONCEPÇÃO, 6 - CENTRO  
UMBURUPE/PR CEP: 86487000 (AG. 108)

Destinatário: RESIDENCIAL / RAIO DE RENDA MÍDIA FÁSICO  
Rua: 400, J. 117 - 420 - 110  
NP Inscritor: 00000045922

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av 230 Km 76 - Cidade Industrial - São José/PR - CEP: 85871-000  
(41) 3090-0616 / (41) 3090-4940 - Inc. Est. 016-92-0

Nota fiscal para Chenga de Bento: 49400-680-052  
Nota fiscal para Chenga de Bento: 49400-1023314

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a:

UC (Unidade Consumidora): 6/1102331-4

Canal de contato:

Fev / 2016

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei  
nº 10.138, de 28/08/2000, que estabelece a tarifa social de energia elétrica para famílias com renda mensal per capita de  
até R\$ 100,00 (cem reais) e consumidores que estejam à prova de 01/07/2016.

Apresentação:

04/02/2016

Data prevista da  
próxima leitura:

08/03/2016

CPF/ CNPJ/ RAN:

1653397400

#### Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 30/01/2016 FALCAS.  
PERÍODO: 01/01/2016

Anterior: Atual: Constante: Consumo: Dias:

Data Leitura Data Leitura 1 47 28

2016/01/01 04/02/16 0018 1

#### Demonstrativo:

| Descrição                 | Quantidade | Preço   | Valor (R\$) |
|---------------------------|------------|---------|-------------|
| Consumo ate 30/01/2016    | 77         | 0,34080 | 4,93        |
| Consumo - 31 a 10/02/2016 | 17         | 0,34184 | 4,21        |
| Agte B: Venda             |            |         | 0,38        |
| Subst                     |            |         | 12,24       |
| PIB                       |            |         | 0,30        |
| COFINS                    |            |         | 1,40        |
| - LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS |            |         |             |
| Desconto Subst            |            |         | 12,24       |

#### Histórico de Consumo (kWh)

Jan16 82  
Fev16 38  
Mar16 62  
Abr16 43  
Mai16 51  
Jun16 43  
Jul16 61  
Ago16 57  
Set16 57  
Out16 57  
Nov16 57  
Dez16 57  
Jan17 57  
Fev17 48

| BASE DE CÁLCULO | VALOR DA | VALOR P/ |
|-----------------|----------|----------|
| ICMS            | 0,00     | 0,00     |
| PIB             | 23,76    | 1,9000   |
| COFINS          | 23,26    | 0,0370   |

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

Média dos últimos meses:

51,9000kWh

0883.6626.15c2.f08b.b747.0ee8.7bf.8c70.

#### Indicadores de Qualidade

| Limites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) |
|------------------|---------|----------------------|
| PICTENENAL       | 8,10    | 0,00                 |
| PICTRIMETRAL     | 10,11   | 0,00                 |
| PICTENAL         | 32,23   | 0,00                 |
| PICTRIMETRAL     | 2,80    | 0,00                 |
| PICTRIMETRAL     | 17,72   | 220                  |
| PICTRIMETRAL     | 15,5    | 200                  |
| PICTENAL         | 4,48    | 0,00                 |
| PICTENAL         | 12,22   | 230                  |

| Descrições                            | Valor (R\$) | %      |
|---------------------------------------|-------------|--------|
| Sempre de Dia na Chenga de Bento      | 7,23        | 60,95  |
| Compra de Ensaio                      | 11,53       | 49,57  |
| Compra de Transistor                  | 0,50        | 7,40   |
| Compra de Seta                        | 2,20        | 3,80   |
| Compra de Seta                        | 1,70        | 7,26   |
| Impressão de Dados de Chenga de Bento | 0,10        | 0,00   |
| Carro de Bento                        |             |        |
| Total                                 | 23,36       | 100,00 |

Valor da EUROS (Ref 12/20-01) 034245

#### ATENÇÃO:

Sua unidade foi fiscalizada com Boa Renda (total de R\$ 12,24)

14:23 25/05/2016 016784 56100000 LIGER DMR 12



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, IVANILDO FLAVIÃO DA COSTA

RG nº 25677-50 data de expedição 1/1/, Órgão SSP PE

CPF nº 070.943.688-42, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>CONSUMO CEHAP (CONHAQ 2)</u> |
| Número                            | <u>5</u>                        |
| Apto / Complemento                | <u>~</u>                        |
| Bairro                            | <u>—</u>                        |
| Cidade                            | <u>URBANO</u>                   |
| Estado                            | <u>PB</u>                       |
| CEP                               | <u>58497-000</u>                |
| Telefone de Contato               |                                 |
| E-mail                            |                                 |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Urbano, 11 de Maio de 2016

Assinatura do Declarante: IVANILDO FLAVIÃO DA COSTA



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucília Avelino da Silva

RG nº 1.204.149, data de expedição 13/05/1982, 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<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>conjunto CEMAP (COHAB 2)</u> |
| Número                            | <u>5</u>                        |
| Apto / Complemento                | <u>-</u>                        |
| Bairro                            | <u>-</u>                        |
| Cidade                            | <u>MANAUS</u>                   |
| Estado                            | <u>PB</u>                       |
| CEP                               | <u>58497-000</u>                |
| Telefone de Contato               |                                 |
| E-mail                            |                                 |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: UNAVERIA, 11 DE MAIO DE 2016

Assinatura do Declarante: x Lucília Avelino da Silva



## 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 GILVILDO FLAVILDO DA COSTA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 01/03/2016, faleceu em 01/05/2016, no estado civil de 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>JACQUELINE FELIX DA SILVA</u>  | <u>COMPANHEIRA</u> | <u>8.922.761</u> | <u>105.881.151-10</u> |
| 2. <u>LEONILDO AVELILDO DA SILVA</u> | <u>GENITOR</u>     | <u>1.204.149</u> | <u>036.625.444-05</u> |
| 3. <u>IVANILDO FLAVILDO DA COSTA</u> | <u>GENITOR</u>     | <u>25677-50</u>  | <u>070.943.698-42</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.

Jacqueline Felix da Silva  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Leônildo F. da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

Leônilda F. da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_ LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_ LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_ LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_ LOCAL E DATA

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>JOSE VIVALDO DE AGUIAR</u>      | <u>890947</u>  | <u>421.733.884-87</u> | <u>[Signature]</u> |
| 2. <u>GENIVALDO EMILIANO DA SILVA</u> | <u>3457041</u> | <u>018.452.758-64</u> | <u>[Signature]</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 CIDADES  
DEPARTAMENTO DA CIVIL DA FEDERAÇÃO  
DIRETÓRIO NACIONAL DE MIGRAÇÃO

Nome: GILBERTO FLAUSINO DA COSTA

DOC. IDENTIF.: 06235143012

RG: 8734159 - SDB - PB

CPF: 098.779.104-46 - DATA NAC.: 16/10/1989

MUNICÍPIO: IVANILDO FLAUSINO DA COSTA

LOZIA AVELINO DA SILVA

PERÍODO: 26/05/2019 - 18/11/2014

VALIDA EM TODO O  
DEPARTAMENTO NACIONAL

1226703280

Documentos de identificação  
400124

VALIDA EM TODO O  
DEPARTAMENTO NACIONAL

1226703280

EXERCER ATIV. REMUNERADA:

JOÃO PESSOA, PB

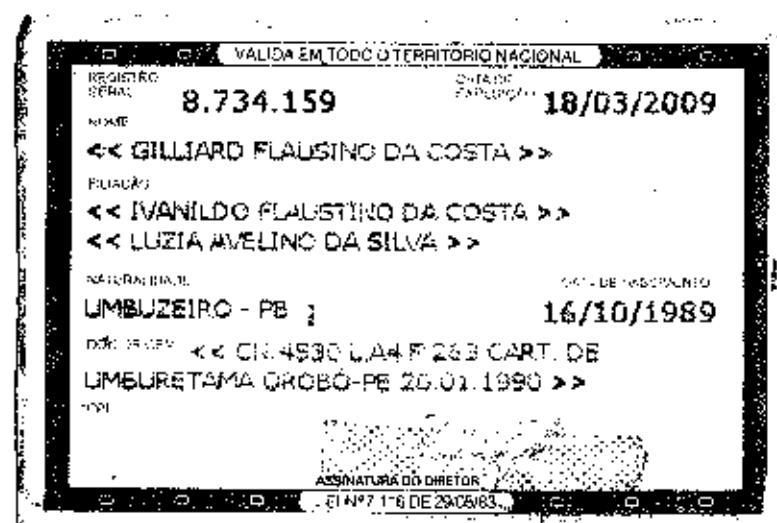
DATA NAC.: 03/12/2015

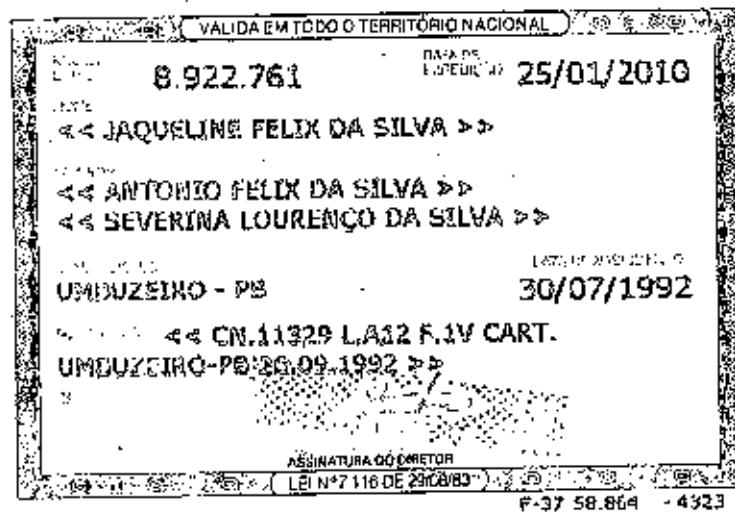
08613182192  
PBD31740136

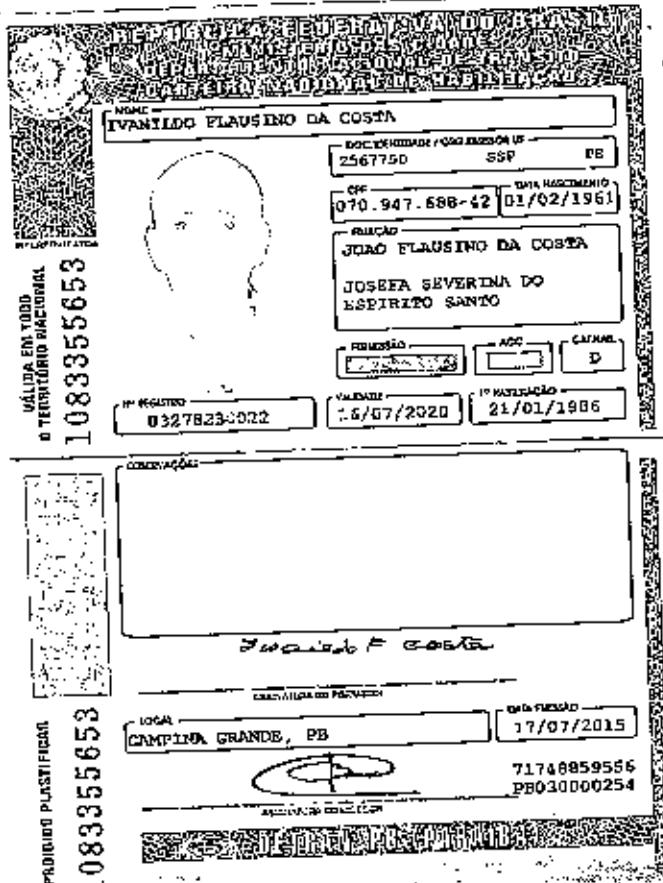
PROIBIDO AUTORIZAR



14:25 05/05/2016 016803 0298009 02910941 12









MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO  
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 21317 Série 000947B



\* Luzia Velino da Silva  
ASSINATURA DO PORTADOR

14:25 25/05/2016 616861 SISTEMAS LIDER DATA 12

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome LUZIA VELINO DA SILVA

Loc. Nasc. VABUZEIRO Est. PB Data 12.07.66  
Filiado JOSEFA MATIA DA CONCEIÇÃO

Doc. nº RG-Nº 1204149-SEP-PB

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em ..... Doc. Idem. nº .....

Exp. em ..... Estado .....

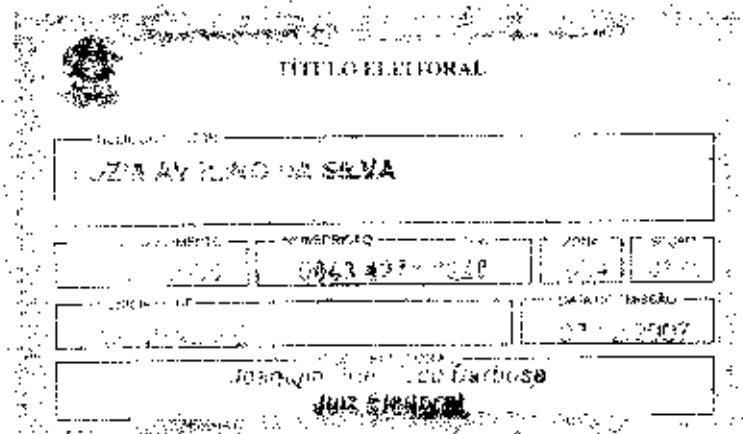
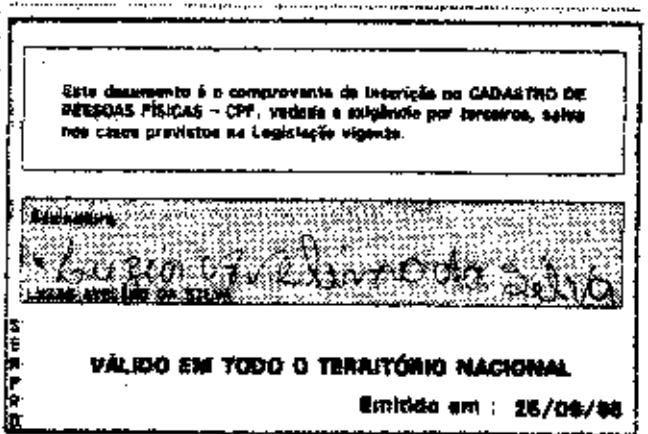
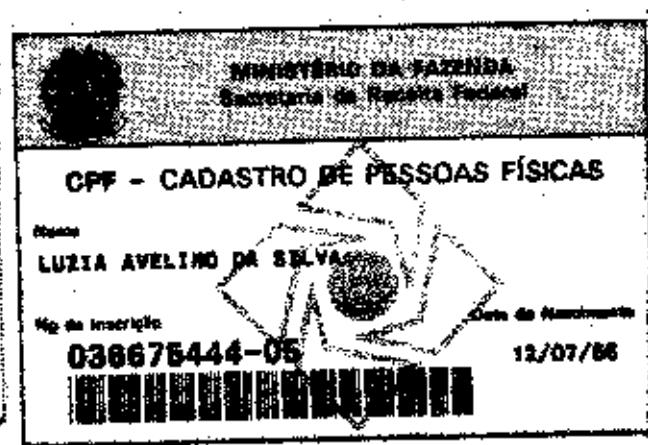
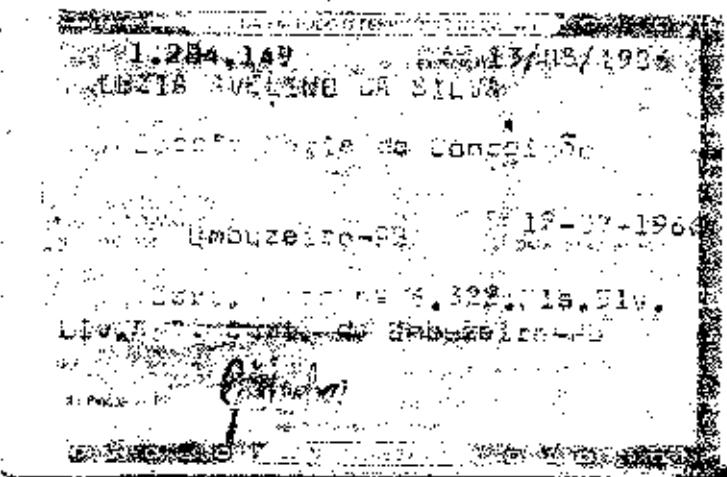
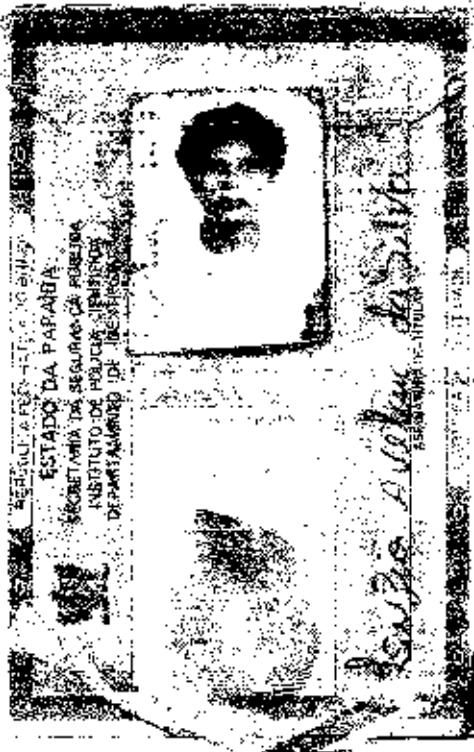
Obs. ....

Data Emis-sa 22.07.99 DRT VABUZEIRO-PB

*Assinatura*

ALTERAÇÕES DE  
(Com selo/fone, es)

Nome .....  
Doc. ....



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GUILHERM FLAVINO DA COSTADATA DO ACIDENTE 01/05/2016 CPF DA VÍTIMA 098.779.104-46

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  REPRESENTANTE LEGAL  BENEFICIÁRIO, CUIO PARENTESCO COM A VÍTIMA É COMPANHEIRAENDEREÇO DO PORTADOR CONJUNTO CEHAP (COMAB 2)Nº 5 COMPLEMENTOBAIRRO —CIDADE URBANIZACAOUF PBCEP 58497000E-MAIL —TELEF 83 981152075

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 PÉDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://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, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## OS COMPLEMENTARES

REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTE 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 CÔNJUGE (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 CÔNJUGE 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 DESESSE

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 CÔNJUGE

 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 DESESSE

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 CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER) TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A) E O CÔNJUGE (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(O) 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 Jaqueline Felixa da Silva

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA GILLIARD FLAVIUS DA COSTADATA DO ACIDENTE 01/05/2016 CPF DA VÍTIMA 098.799.104-46

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR  REPRESENTANTE LEGAL  BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É GEMTORENDEREÇO DO PORTADOR CONJUNTO CENAP (CAHAD 2)Nº 5 COMPLEMENTO  BAIRRO CIDADE VINHEDO UF PB CEP 58497-000E-MAIL  TELEFONE (83) 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.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.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 CAOAVÉRICO (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 REPRESENTE 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 DESES 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 DESES 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 FAZTO (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(Ó) 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

## DOCUMENTOS DO 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 \_\_\_\_\_ / ASSINATURA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Flávio da F. da Costa

**IDENTIFICAÇÃO**VÍTIMA GILLI (A.R) FLAVIANA 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 GENITORAENDEREÇO DO PORTADOR CONJUNTO REHAL (COHAB. 2)Nº 5 COMPLEMENTO  BAIRRO CIDADE VIAUBAÚ/PI UF PI CEP 58497000E-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](http://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 AUTÊNTICADA 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 AUTÊNTICADA 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 REPRESENTE 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 CÔNJUGE (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 CÔNJUGE 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 DESES 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 CÍVIL DA VÍTIMA

## DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGE

- 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 DESES 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 CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER)
- TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A), E O CÔNJUGE (MARIDO OU MULHER)

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

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

## DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Ó) DA VÍTIMA

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

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

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

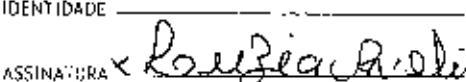
- CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTÊNTICADA E LEGÍVEL)

- CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTÊNTICADA E LEGÍVEL)

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA 

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA \_\_\_\_\_ MATR. CORREIOS \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| 1) Tipo de óbito<br>1) Fetal<br>2) Não Fetal  | 2) Data do óbito<br>01/05/2016 16:30   | 3) Hora  | 4) Cartão SUS<br>UNIVERSITARIO - P6<br>Município / UF (se estrangeiro informar País)                      |
| 5) Nome do Falecido<br>ESTERSON VASCONCELOS   | 6) Nome da Mãe<br>Terezinha de VASCONCELOS   | 7) Nome da Mãe   | 8) Naturalidade   |
| 9) Data de nascimento<br>1993-05-26   | 10) Idade<br>Anos completos 26<br>Meses<br>Dias<br>Horas<br>Minutos<br>Ignorado 9  | 11) Sexo<br>M - Masculino<br>F - Feminino<br>I - Ignorado  | 12) Raga/Cor<br>1 - Branca 4 - Parda<br>2 - Preta 5 - Indígena<br>3 - Amarela<br>6 - Vizinha 9 - Ignorada |
| 13) Escolaridade (última série concluída)<br>Nível<br>0 - Sem escolaridade<br>1 - Fundamental I (1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> Série)<br>2 - Fundamental II (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> Série) | 3 - Médio (antigo 2 <sup>o</sup> grau) Ignorado<br>4 - Superior incompleto<br>5 - Superior completo<br>Série 9   | 14) Ocupação habitual<br>(Informar anterior, se aposentado / desempregado)<br>AGRICULTOR           | 15) Código CBO 2002   |
| 16) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)<br>RUA 210   | 17) Número   | 18) Complemento  | 19) CEP   |
| 20) Bairro/Distrito<br>CENTRO   | 21) Código   | 22) Município de residência<br>LARANJEIRAS   | 23) Código  |
| 24) Local de ocorrência de óbito<br>1 - Hospital 3 - Domicílio 5 - Outros Ignorado<br>2 - Outros estab. saúde 4 - Via pública 6 - Aldeia Indígena 9   | 25) Estabelecimento  | 26) Código CNES  | 27) UF  |
| 28) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)<br>RUA 210   | 29) Número   | 30) Complemento  | 31) CEP   |
| 32) Bairro/Distrito<br>CENTRO   | 33) Código   | 34) Município de ocorrência<br>LARANJEIRAS   | 35) Código  |
| 36) UF  | 37) PRIENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE   | 38) Código CBO 2002  | 39) UF  |
| 39) Idade (anos)<br>0 - Sem escolaridade<br>1 - Fundamental I (1 <sup>a</sup> a 4 <sup>a</sup> Série)<br>2 - Fundamental II (5 <sup>a</sup> a 8 <sup>a</sup> Série)                                   | 40) Escolaridade (última série concluída)<br>Nível<br>3 - Médio (antigo 2 <sup>o</sup> grau) Ignorado<br>4 - Superior incompleto<br>5 - Superior completo<br>Série 9 | 41) Ocupação habitual<br>(Informar anterior, se aposentada / desempregada)                         | 42) Código CBO 2002   |
| 43) Número de filhos tidos<br>Nascidos vivos 1<br>Perdas fetais/abortos 99<br>Ignorado 99   | 44) Nº de semanas de gestação<br>99 Ignorado 99  | 45) Tipo de gravidez<br>1 - Única<br>2 - Dupla<br>3 - Trípla e mais<br>9 - Ignorada                | 46) Tipo do parto<br>1 - Vaginal<br>2 - Cesárea<br>9 - Ignorado   |
| 47) Morte em relação ao parto<br>1 - Antes 1<br>2 - Durante<br>3 - Depois<br>9 - Ignorado   | 48) Peso ao nascer<br>99 Ignorado 99   | 49) Número da Declaração de Nascido Vivo<br>Gemas  | 50) ASSISTÊNCIA MÉDICA  |
| 51) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO  | 52) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado   | 53) Necropsia?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado   |   |
| 54) PARTE I<br>Doente ou estando moribundo que causou diretamente a morte.  | 55) PARTE II<br>Outras condições significativas que contribuiriam para a morte, e que não entraram, porém, na causa básica.  | 56) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte  | 57) UF  |
| 58) CAUSAS DA Morte<br>Devido ou como consequência de:<br>a) Devido ou como consequência de:<br>b) Devido ou como consequência de:<br>c) Devido ou como consequência de:<br>d)                        | 59) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA<br>ESTERSON VASCONCELOS - 210 LARANJEIRAS   | 60) UF   | 61) UF  |
| 62) CAUSAS ANTECEDENTES<br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.  | 63) UF   | 64) ASSISTÊNCIA MÉDICA   | 65) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO  |
| 66) PARTE II<br>Outras condições significativas que contribuiriam para a morte, e que não entraram, porém, na causa básica.   | 67) UF   | 68) RECEBEU ASSIST. MÉDICA DURANTE A DOENÇA QUE OCASIONOU A MORTE?<br>1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado | 69) UF  |
| 70) Município e UF do SVO ou IML  | 71) UF   | 72) Município e UF do SVO ou IML   | 73) UF  |
| 74) Nome do Médico<br>Dr. ESTERSON VASCONCELOS  | 75) CRM  | 76) Óbito atestado por Médico<br>1 - Assistente 4 - SVO<br>2 - Substituto 5 - Outro<br>3 - IMI     | 77) UF  |
| 78) Município e UF do SVO ou IML  | 79) UF   | 80) Município e UF do SVO ou IML   | 81) UF  |
| 82) Município e UF do SVO ou IML  | 83) UF   | 84) Município e UF do SVO ou IML   | 85) UF  |
| 86) Município e UF do SVO ou IML  | 87) UF   | 88) Município e UF do SVO ou IML   | 89) UF  |
| 90) Município e UF do SVO ou IML  | 91) UF   | 92) Município e UF do SVO ou IML   | 93) UF  |
| 94) Município e UF do SVO ou IML  | 95) UF   | 96) Município e UF do SVO ou IML   | 97) UF  |
| 98) Município e UF do SVO ou IML  | 99) UF   | 100) Município e UF do SVO ou IML  | 101) UF   |
| 102) Município e UF do SVO ou IML   | 103) UF  | 104) Município e UF do SVO ou IML  | 105) UF   |
| 106) Município e UF do SVO ou IML   | 107) UF  | 108) Município e UF do SVO ou IML  | 109) UF   |
| 110) Município e UF do SVO ou IML   | 111) UF  | 112) Município e UF do SVO ou IML  | 113) UF   |
| 114) Município e UF do SVO ou IML   | 115) UF  | 116) Município e UF do SVO ou IML  | 117) UF   |
| 118) Município e UF do SVO ou IML   | 119) UF  | 120) Município e UF do SVO ou IML  | 121) UF   |
| 122) Município e UF do SVO ou IML   | 123) UF  | 124) Município e UF do SVO ou IML  | 125) UF   |
| 126) Município e UF do SVO ou IML   | 127) UF  | 128) Município e UF do SVO ou IML  | 129) UF   |
| 130) Município e UF do SVO ou IML   | 131) UF  | 132) Município e UF do SVO ou IML  | 133) UF   |
| 134) Município e UF do SVO ou IML   | 135) UF  | 136) Município e UF do SVO ou IML  | 137) UF   |
| 138) Município e UF do SVO ou IML   | 139) UF  | 140) Município e UF do SVO ou IML  | 141) UF   |
| 142) Município e UF do SVO ou IML   | 143) UF  | 144) Município e UF do SVO ou IML  | 145) UF   |
| 146) Município e UF do SVO ou IML   | 147) UF  | 148) Município e UF do SVO ou IML  | 149) UF   |
| 150) Município e UF do SVO ou IML   | 151) UF  | 152) Município e UF do SVO ou IML  | 153) UF   |
| 154) Município e UF do SVO ou IML   | 155) UF  | 156) Município e UF do SVO ou IML  | 157) UF   |
| 158) Município e UF do SVO ou IML   | 159) UF  | 160) Município e UF do SVO ou IML  | 161) UF   |
| 162) Município e UF do SVO ou IML   | 163) UF  | 164) Município e UF do SVO ou IML  | 165) UF   |
| 166) Município e UF do SVO ou IML   | 167) UF  | 168) Município e UF do SVO ou IML  | 169) UF   |
| 170) Município e UF do SVO ou IML   | 171) UF  | 172) Município e UF do SVO ou IML  | 173) UF   |
| 174) Município e UF do SVO ou IML   | 175) UF  | 176) Município e UF do SVO ou IML  | 177) UF   |
| 178) Município e UF do SVO ou IML   | 179) UF  | 180) Município e UF do SVO ou IML  | 181) UF   |
| 182) Município e UF do SVO ou IML   | 183) UF  | 184) Município e UF do SVO ou IML  | 185) UF   |
| 186) Município e UF do SVO ou IML   | 187) UF  | 188) Município e UF do SVO ou IML  | 189) UF   |
| 190) Município e UF do SVO ou IML   | 191) UF  | 192) Município e UF do SVO ou IML  | 193) UF   |
| 194) Município e UF do SVO ou IML   | 195) UF  | 196) Município e UF do SVO ou IML  | 197) UF   |
| 198) Município e UF do SVO ou IML   | 199) UF  | 200) Município e UF do SVO ou IML  | 201) UF   |
| 202) Município e UF do SVO ou IML   | 203) UF  | 204) Município e UF do SVO ou IML  | 205) UF   |
| 206) Município e UF do SVO ou IML   | 207) UF  | 208) Município e UF do SVO ou IML  | 209) UF   |
| 210) Município e UF do SVO ou IML   | 211) UF  | 212) Município e UF do SVO ou IML  | 213) UF   |
| 214) Município e UF do SVO ou IML   | 215) UF  | 216) Município e UF do SVO ou IML  | 217) UF   |
| 218) Município e UF do SVO ou IML   | 219) UF  | 220) Município e UF do SVO ou IML  | 221) UF   |
| 222) Município e UF do SVO ou IML   | 223) UF  | 224) Município e UF do SVO ou IML  | 225) UF   |
| 226) Município e UF do SVO ou IML   | 227) UF  | 228) Município e UF do SVO ou IML  | 229) UF   |
| 230) Município e UF do SVO ou IML   | 231) UF  | 232) Município e UF do SVO ou IML  | 233) UF   |
| 234) Município e UF do SVO ou IML   | 235) UF  | 236) Município e UF do SVO ou IML  | 237) UF   |
| 238) Município e UF do SVO ou IML   | 239) UF  | 240) Município e UF do SVO ou IML  | 241) UF   |
| 242) Município e UF do SVO ou IML   | 243) UF  | 244) Município e UF do SVO ou IML  | 245) UF   |
| 246) Município e UF do SVO ou IML   | 247) UF  | 248) Município e UF do SVO ou IML  | 249) UF   |
| 250) Município e UF do SVO ou IML   | 251) UF  | 252) Município e UF do SVO ou IML  | 253) UF   |
| 254) Município e UF do SVO ou IML   | 255) UF  | 256) Município e UF do SVO ou IML  | 257) UF   |
| 258) Município e UF do SVO ou IML   | 259) UF  | 260) Município e UF do SVO ou IML  | 261) UF   |
| 262) Município e UF do SVO ou IML   | 263) UF  | 264) Município e UF do SVO ou IML  | 265) UF   |
| 266) Município e UF do SVO ou IML   | 267) UF  | 268) Município e UF do SVO ou IML  | 269) UF   |
| 270) Município e UF do SVO ou IML   | 271) UF  | 272) Município e UF do SVO ou IML  | 273) UF   |
| 274) Município e UF do SVO ou IML   | 275) UF  | 276) Município e UF do SVO ou IML  | 277) UF   |
| 278) Município e UF do SVO ou IML   | 279) UF  | 280) Município e UF do SVO ou IML  | 281) UF   |
| 282) Município e UF do SVO ou IML   | 283) UF  | 284) Município e UF do SVO ou IML  | 285) UF   |
| 286) Município e UF do SVO ou IML   | 287) UF  | 288) Município e UF do SVO ou IML  | 289) UF   |
| 290) Município e UF do SVO ou IML   | 291) UF  | 292) Município e UF do SVO ou IML  | 293) UF   |
| 294) Município e UF do SVO ou IML   | 295) UF  | 296) Município e UF do SVO ou IML  | 297) UF   |
| 298) Município e UF do SVO ou IML   | 299) UF  | 300) Município e UF do SVO ou IML  | 301) UF   |
| 302) Município e UF do SVO ou IML   | 303) UF  | 304) Município e UF do SVO ou IML  | 305) UF   |
| 306) Município e UF do SVO ou IML   | 307) UF  | 308) Município e UF do SVO ou IML  | 309) UF   |
| 310) Município e UF do SVO ou IML   | 311) UF  | 312) Município e UF do SVO ou IML  | 313) UF   |
| 314) Município e UF do SVO ou IML   | 315) UF  | 316) Município e UF do SVO ou IML  | 317) UF   |
| 318) Município e UF do SVO ou IML   | 319) UF  | 320) Município e UF do SVO ou IML  | 321) UF   |
| 322) Município e UF do SVO ou IML   | 323) UF  | 324) Município e UF do SVO ou IML  | 325) UF   |
| 326) Município e UF do SVO ou IML   | 327) UF  | 328) Município e UF do SVO ou IML  | 329) UF   |
| 330) Município e UF do SVO ou IML   | 331) UF  | 332) Município e UF do SVO ou IML  | 333) UF   |
| 334) Município e UF do SVO ou IML   | 335) UF  | 336) Município e UF do SVO ou IML  | 337) UF   |
| 338) Município e UF do SVO ou IML   | 339) UF  | 340) Município e UF do SVO ou IML  | 341) UF   |
| 342) Município e UF do SVO ou IML   | 343) UF  | 344) Município e UF do SVO ou IML  | 345) UF   |
| 346) Município e UF do SVO ou IML   | 347) UF  | 348) Município e UF do SVO ou IML  | 349) UF   |
| 350) Município e UF do SVO ou IML   | 351) UF  | 352) Município e UF do SVO ou IML  | 353) UF   |
| 354) Município e UF do SVO ou IML   | 355) UF  | 356) Município e UF do SVO ou IML  | 357) UF   |
| 358) Município e UF do SVO ou IML   | 359) UF  | 360) Município e UF do SVO ou IML  | 361) UF   |
| 362) Município e UF do SVO ou IML   | 363) UF  | 364) Município e UF do SVO ou IML  | 365) UF   |
| 366) Município e UF do SVO ou IML   | 367) UF  | 368) Município e UF do SVO ou IML  | 369) UF   |
| 370) Município e UF do SVO ou IML   | 371) UF  | 372) Município e UF do SVO ou IML  | 373) UF   |
| 374) Município e UF do SVO ou IML   | 375) UF  | 376) Município e UF do SVO ou IML  | 377) UF   |
| 378) Município e UF do SVO ou IML   | 379) UF  | 380) Município e UF do SVO ou IML  | 381) UF   |
| 382) Município e UF do SVO ou IML   | 383) UF  | 384) Município e UF do SVO ou IML  | 385) UF   |
| 386) Município e UF do SVO ou IML   | 387) UF  | 388) Município e UF do SVO ou IML  | 389) UF   |
| 390) Município e UF do SVO ou IML   | 391) UF  | 392) Município e UF do SVO ou IML  | 393) UF   |
| 394) Município e UF do SVO ou IML   | 395) UF  | 396) Município e UF do SVO ou IML  | 397) UF   |
| 398) Município e UF do SVO ou IML   | 399) UF  | 399) Município e UF do SVO ou IML  | 400) UF   |
| 400) Município e UF do SVO ou IML   | 401) UF  | 401) Município e UF do SVO ou IML  | 402) UF   |
| 402) Município e UF do SVO ou IML   | 403) UF  | 403) Município e UF do SVO ou IML  | 404) UF   |
| 404) Município e UF do SVO ou IML   | 405) UF  | 405) Município e UF do SVO ou IML  | 406) UF   |
| 406) Município e UF do SVO ou IML   | 407) UF  | 407) Município e UF do SVO ou IML  | 408) UF   |
| 408) Município e UF do SVO ou IML   | 409) UF  | 409) Município e UF do SVO ou IML  | 410) UF   |
| 410) Município e UF do SVO ou IML   | 411) UF  | 411) Município e UF do SVO ou IML  | 412) UF   |
| 412) Município e UF do SVO ou IML   | 413) UF  | 413) Município e UF do SVO ou IML  | 414) UF   |
| 414) Município e UF do SVO ou IML   | 415) UF  | 415) Município e UF do SVO ou IML  | 416) UF   |
| 416) Município e UF do SVO ou IML   | 417) UF  | 417) Município e UF do SVO ou IML  | 418) UF   |
| 418) Município e UF do SVO ou IML   | 419) UF  | 419) Município e UF do SVO ou IML  | 420) UF   |
| 420) Município e UF do SVO ou IML   | 421) UF  | 421) Município e UF do SVO ou IML  | 422) UF   |
| 422) Município e UF do SVO ou IML   | 423) UF  | 423) Município e UF do SVO ou IML  | 424) UF   |
| 424) Município e UF do SVO ou IML   | 425) UF  | 425) Município e UF do SVO ou IML  | 426) UF   |
| 426) Município e UF do SVO ou IML   | 427) UF  | 427) Município e UF do SVO ou IML  | 428) UF   |
| 428) Município e UF do SVO ou IML   | 429) UF  | 429) Município e UF do SVO ou IML  | 430) UF   |
| 430) Município e UF do SVO ou IML   | 431) UF  | 431) Município e UF do SVO ou IML  | 432) UF   |
| 432) Município e UF do SVO ou IML   | 433) UF  | 433) Município e UF do SVO ou IML  | 434) UF   |
| 434) Município e UF do SVO ou IML   | 435) UF  | 435) Município e UF do SVO ou IML  | 436) UF   |
| 436) Município e UF do SVO ou IML   | 437) UF  | 437) Município e UF do SVO ou IML  | 438) UF   |
| 438) Município e UF do SVO ou IML   | 439) UF  | 439) Município e UF do SVO ou IML  | 440) UF   |
| 440) Município e UF do SVO ou IML   | 441) UF  | 441) Município e UF do SVO ou IML  | 442) UF   |
| 442) Município e UF do SVO ou IML   | 443) UF  | 443) Município e UF do SVO ou IML  | 444) UF   |
| 444) Município e UF do SVO ou IML   | 445) UF  | 445) Município e UF do SVO ou IML  | 446) UF   |
| 446) Município e UF do SVO ou IML   | 447) UF  | 447) Município e UF do SVO ou IML  | 448) UF   |
| 448) Município e UF do SVO ou IML   | 449) UF  | 449) Município e UF do SVO ou IML  | 450) UF   |
| 450) Município e UF do SVO ou IML   | 451) UF  | 451) Município e UF do SVO ou IML  | 452) UF   |
| 452) Município e UF do SVO ou IML   | 453) UF  | 453) Município e UF do SVO ou IML  | 454) UF   |
| 454) Município e UF do SVO ou IML   | 455) UF  | 455) Município e UF do SVO ou IML  | 456) UF   |
| 456) Município e UF do SVO ou IML   | 457) UF  | 457) Município e UF do SVO ou IML  | 458) UF   |
| 458) Município e UF do SVO ou IML   | 459) UF  | 459) Município e UF do SVO ou IML  | 460) UF   |
| 460) Município e UF do SVO ou IML   | 461) UF  | 461) Município e UF do SVO ou IML  | 462) UF   |
| 462) Município e UF do SVO ou IML   | 463) UF  | 463) Município e UF do SVO ou IML  | 464) UF   |
| 464) Município e UF do SVO ou IML   | 465) UF  | 465) Município e UF do SVO ou IML  | 466) UF   |
| 466) Município e UF do SVO ou IML   | 467) UF  | 467) Município e UF do SVO ou IML  | 468) UF   |
| 468) Município e UF do SVO ou IML   | 469) UF  | 469) Município e UF do SVO ou IML  | 470) UF   |
| 470) Município e UF do SVO ou IML   | 471) UF  | 471) Município e UF do SVO ou IML  | 472) UF   |
| 472) Município e UF do SVO ou IML   | 473) UF  | 473) Município e UF do SVO ou IML  | 474) UF   |
| 474) Município e UF do SVO ou IML   | 475) UF  | 475) Município e UF do SVO ou IML  | 476) UF   |
| 476) Município e UF do SVO ou IML   | 477) UF  | 477) Município e UF do SVO ou IML  | 478) UF   |
| 478) Município e UF do SVO ou IML   | 479) UF  | 479) Município e UF do SVO ou IML  | 480) UF   |
| 480) Município e UF do SVO ou IML   | 481) UF  | 481) Município e UF do SVO ou IML  | 482) UF   |
| 482) Município e UF do SVO ou IML   | 483) UF  | 483) Município e UF do SVO ou IML  | 484) UF   |
| 484) Município e UF do SVO ou IML   | 485) UF  | 485) Município e UF do SVO ou IML  | 486) UF   |
| 486) Município e UF do SVO ou IML   | 487) UF  | 487) Município e UF do SVO ou IML  | 488) UF   |
| 488) Município e UF do SVO ou IML   | 489) UF  | 489) Município e UF do SVO ou IML  | 490) UF   |
| 490) Município e UF do SVO ou IML   | 491) UF  | 491) Município e UF do SVO ou IML  | 492) UF   |
| 492) Município e UF do SVO ou IML   | 493) UF  | 493) Município e UF do SVO ou IML  | 494) UF   |
| 494) Município e UF do SVO ou IML   | 495) UF  | 495) Município e UF do SVO ou IML  | 496) UF   |
| 496) Município e UF do SVO ou IML   | 497) UF  | 497) Município e UF do SVO ou IML  | 498) UF   |
| 498) Município e UF do SVO ou IML   | 499) UF  | 499) Município e UF do SVO ou IML  | 500) UF   |
| 500) Município e UF do SVO ou IML   | 501) UF  | 501) Município e UF do SVO ou IML  | 502) UF   |
| 502) Município e UF do SVO ou IML   | 503) UF  | 503) Município e UF do SVO ou IML  | 504) UF   |
| 504) Município e UF do SVO ou IML   | 505) UF  | 505) Município e UF do SVO ou IML  | 506) UF   |
| 506) Município e UF do SVO ou IML   | 507) UF  | 507) Município e UF do SVO ou IML  | 508) UF   |
| 508) Município e UF do SVO ou IML   | 509) UF  | 509) Município e UF do SVO ou IML  | 510) UF   |
| 510) Município e UF do SVO ou IML   | 511) UF  | 511) Município e UF do SVO ou IML  | 512) UF   |
| 512) Município e UF do SVO ou IML   | 513) UF  | 513) Município e UF do SVO ou IML  | 514) UF   |
| 514) Município e UF do SVO ou IML   | 515) UF  | 515) Município e UF do SVO ou IML  | 516) UF   |
| 516) Município e UF do SVO ou IML   | 517) UF  | 517) Município e UF do SVO ou IML  | 518) UF   |
| 518) Município e UF do SVO ou IML   | 519) UF  | 519) Município e UF do SVO ou IML  | 520) UF   |
| 520) Município e UF do SVO ou IML   | 521) UF  | 521) Município e UF do SVO ou IML  | 522) UF   |
| 522) Município e UF do SVO ou IML   | 523) UF  | 523) Município e UF do SVO ou IML  | 524) UF   |
| 524) Município e UF do SVO ou IML   | 525) UF  | 525) Município e UF do SVO ou IML  | 526) UF   |
| 526) Município e UF do SVO ou IML   | 527) UF  | 527) Município e UF do SVO ou IML  | 528) UF   |
| 528) Município e UF do SVO ou IML   | 529) UF  | 529) Município e UF do SVO ou IML  | 530) UF   |
| 530) Município e UF do SVO ou IML   | 531) UF  | 531) Município e UF do SVO ou IML  | 532) UF   |
| 532) Município e UF do SVO ou IML   | 533) UF  | 533) Município e UF do SVO ou IML  | 534) UF   |
| 534) Município e UF do SVO ou IML   | 535) UF  | 535) Município e UF do SVO ou IML  | 536) UF   |
| 536) Município e UF do SVO ou IML   | 537) UF  | 537) Município e UF do SVO ou IML  |   |

Secretaria da  
**Segurança e da Defesa Social**  
Delegacia Geral de Polícia



# 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 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 é 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: J. P. V. de Andrade F. da Costa

## ESCRIVÃO:



14:23 25/05/2016 016786 SEPARADOR LIBER DAUT E1



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:   
masculino

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)

VANILDO FLAUSINO DA COSTA e LUZIA AVELINO DA SILVA. Residia na(s) Sítio Chá 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 Juá, dêsse município

CAUSA DA Morte

POLTRAUMATISMO COM HEMORRAGIA CONSEGUATIVA. (ACIDENTE DE MOTO)

NOME DO MÉDICO / CRM

Dr. Edvaldo Herculano de Lima - CRM: 1350

LOCAL DO SEPULTAMENTO

Cemitério de Umbuzeiro-PB

DECLARANTE

VANILDO FLAUSINO DA COSTA, pai do falecido, brasileiro, solteiro, com 55 anos de idade, carpinteiro, residente e domiciliado: Sítio Chá 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 JÁQUELINE

FELIX DA SILVA, SÓ DESSA UNIÃO NÃO DEIXOU FILHOS, ERA ELEITOR E NÃO DEIXOU BENS.

DN: 16/10/1961 RG: 8.734.159-SSP-PE CTPS: 95474-00075-PB REZEY.482646-SÉRIE-P Cert.Nasc.nº 4530 fls.263 do Liv.A-04 Cartº de Umbuzeiro-Aróia-PB

NOME DO OFÍCIO

Cartório do Registro Civil - Aroeiras - PB

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

OFICIAL REGISTRADOR

Selma Santos de Lima

Aroeiras-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.ljpb.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

carteriosantoslima@hotmail.com

ENDEREÇO

Rua Néco de Andrade nº 60 Aroeiras-PB - CEP 58489000 Fone: (83) 3396-1063 E-mail: carteriosantoslima@hotmail.com



Declaração de Óbito

22523586-2

Identificação

Residência

Ocorrência

IV  
Faleceu menor que 1 ano

V  
Causas de óbito

VI  
Médico

VII  
Causas externas

VIII  
Cartório

|   |   |                             |  |    |                                       |    |  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
|---|---|-----------------------------|--|----|---------------------------------------|----|--|----|---------------------------------------|----|---|----|--|----|--|----|------------------------------|
| 1   | Tipo de óbito   | 2                           | Data do óbito  | 3  | Hora                                  | 4  | Cartão SUS   | 5  | Naturalidade                          | 6  | Município / UF (se estrangeiro informar País)             |    |  |    |  |    |                              |
| 1   | <input type="checkbox"/> Fetal                          | 2                           | 01/05/2017   | 3  | 10:00                                 | 4  | 01234567890123456789                                 | 5  | BRASILEIRO - P6                       | 6  |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | <input type="checkbox"/> Não Fetal                      |                             |  |    |                                       |    |  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 3   | Nome do Falecido  | GILBERTO AUGUSTO DA COSTA   |  |    |                                       |    |  |    |                                       | 7  | Nome da Mãe   |    |  |    |  |    |                              |
| 4   | Nome do Pai   | EVANILDO FRANCISCO DA COSTA |  |    |                                       |    |  |    |                                       | 7  | 20211 AURÉLIA DA COSTA                                    |    |  |    |  |    |                              |
| 5   | Data de nascimento                                      | 6                           | Idade  | 7  | Área completa                         | 8  | Meses de 1 a 11                                      | 9  | Idade                                 | 10 | Sexo  | 11 | Raça/Cor   | 12 | Situação conjugal  |    |                              |
| 5   | 16/10/1969  | 6                           | 26   | 7  | Meses                                 | 8  | Dias   | 9  | M - Mas.                              | 10 | <input type="checkbox"/> Branca                           | 11 | <input type="checkbox"/> Parda                             | 12 | <input type="checkbox"/> Solteiro  |    |                              |
|   |   |                             |  |    |                                       |    |  |    | <input type="checkbox"/> F - Fem.     | 10 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Preta   | 11 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Casado   | 12 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Separado judicialmente |    |                              |
|   |   |                             |  |    |                                       |    |  |    | <input type="checkbox"/> I - Ignorado | 10 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Amarela | 11 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Divórcio | 12 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> União estável          |    |                              |
|   |   |                             |  |    |                                       |    |  |    |                                       | 10 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Negra   | 11 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Viúva    | 12 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> I ignorada             |    |                              |
| 13  | Escolaridade (última série concluída)                   | 14                          | Nível  | 15 | Local de ocorrência do óbito          | 16 | Número   | 17 | Completo                              | 18 | CEP   |    |  |    |  |    |                              |
| 1   | <input type="checkbox"/> Sem escolaridade               | 2                           | <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau)        | 3  | <input type="checkbox"/> Hospital     | 4  |  | 5  |                                       | 6  |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série)  | 3                           | <input type="checkbox"/> Superior incompleto           | 4  | <input type="checkbox"/> Domicílio    | 5  |  | 6  |                                       | 7  |   |    |  |    |  |    |                              |
| 3   | <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) | 5                           | <input type="checkbox"/> Superior completo             | 6  | <input type="checkbox"/> Outros       | 7  |  | 8  |                                       | 9  |   |    |  |    |  |    |                              |
|   |   |                             |  |    |                                       |    |  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 19  | Bairro/Distrito   | 20                          | Local de ocorrência do óbito                           | 21 | Estabelecimento                       | 22 | Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)   | 23 | Número                                | 24 | Complemento   | 25 | CEP  |    |  |    |                              |
| 2   | 2   | 1                           | 1  | 1  | 1                                     | 2  | 2  | 2  | 2                                     | 2  | 2   |    |  |    |  |    |                              |
| 26  | Bairro/Distrito   | 27                          | Idade (anos)   | 28 | Escolaridade (última série concluída) | 29 | Município de ocorrência                              | 30 | Código                                | 31 | UF  |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | 2   | 1                           | 1  | 1  | 1                                     | 2  | 2  | 2  | 2                                     | 2  | 2   |    |  |    |  |    |                              |
| PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE          |   |                             |  |    |                                       |    |  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 32  | Idade (anos)  | 33                          | Escolaridade (última série concluída)                  | 34 | Número de filhos vivos                | 35 | Nº de semanas de gestação                            | 36 | Tipo de gravidez                      | 37 | Tipo de parto   | 38 | Morte em relação ao parto                                  | 39 | Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?           | 40 | Necropsia?                   |
| 1   | <input type="checkbox"/> Sem escolaridade               | 2                           | <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) | 3  | <input type="checkbox"/> P            | 4  | <input type="checkbox"/> P                           | 5  | <input type="checkbox"/> Unica        | 6  | <input type="checkbox"/> Vaginal                          | 7  | <input type="checkbox"/> Antes                             | 8  | <input type="checkbox"/> Sim   | 9  | <input type="checkbox"/> Sim |
| 2   | <input type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) | 3                           | <input type="checkbox"/> Superior incompleto           | 4  | <input type="checkbox"/> P            | 5  | <input type="checkbox"/> Dupla                       | 6  | <input type="checkbox"/> Cesáreo      | 7  | <input type="checkbox"/> Durante                          | 8  | <input type="checkbox"/> Não                               | 9  | <input type="checkbox"/> Não   |    |                              |
|   |   |                             |  |    |                                       |    |  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 41  | Nome do Médico  | 42                          | CRM  | 43 | Óbito atestado por Médico             | 44 | Município e UF do EVD ou IML                         |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | 2   | 2                           | 2  | 1  | 1                                     | 2  | 2  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 45  | Modo de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)           | 46                          | Data do atestado                                       | 47 | Assinatura                            | 48 | Dr. Edmundo Heróclito de Lima                        |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | 2   | 2                           | 2  | 2  | 2                                     | 2  | 2  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estreitamente epidemiológico) |   |                             |  |    |                                       |    |  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 49  | Tipo  | 50                          | Acidente do trabalho                                   | 51 | Fonte da Informação                   | 52 | Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 1   | <input type="checkbox"/> Acidente                       | 2                           | <input type="checkbox"/> Ignorado                      | 3  | <input type="checkbox"/> Sim          | 4  | <input type="checkbox"/> Via pública                 |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | <input type="checkbox"/> Suicídio                       | 4                           | <input type="checkbox"/> Acidente de trabalho          | 5  | <input type="checkbox"/> Não          | 5  | <input type="checkbox"/> Estabelecimento comercial   |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
|   |   | 6                           | <input type="checkbox"/> Ignorado                      | 7  | <input type="checkbox"/> Hospital     | 6  | <input type="checkbox"/> Outros                      |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 53  | Descrição sumária do evento                             | 54                          |  | 8  | <input type="checkbox"/> Hospital     | 7  | <input type="checkbox"/> Família                     |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | 2   | 2                           | 2  | 9  | <input type="checkbox"/> I ignorada   | 8  | <input type="checkbox"/> Outra                       |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA  |   |                             |  |    |                                       |    |  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 55  | Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)                  | 56                          | Muníciro   | 57 | Bairro                                | 58 | Município  | 59 | UF                                    |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | 2   | 2                           | 2  | 2  | 2                                     | 2  | 2  | 2  |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 60  | Código  | 61                          | Registro   | 62 | Data                                  | 63 | UF   |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | 2   | 2                           | 2  | 2  | 2                                     | 2  | 2  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 64  | Município   | 65                          |  | 66 |                                       | 67 |  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |
| 2   | 2   | 2                           | 2  | 2  | 2                                     | 2  | 2  |    |                                       |    |   |    |  |    |  |    |                              |



|   |   |  |  |   |   |                |
|---|---|--|--|---|---|----------------|
| Identificação   | 1) Tipo de óbito  | 2) Data do óbito   | 3) Hora  | 4) Cartão SUS   | 5) Naturalidade                                 |                |
|   | <input type="checkbox"/> Fetal  | 01/05/2016   | 10:00  |   | UMBURACO - P6                                   |                |
|   | <input type="checkbox"/> Não Fetal  |  |  |   | Município / UF (caso estrangeiro Informar País) |                |
|   | 6) Nome do Falecido   | GILBERTO LAMBERTO DA COSTA   |  |   |   |                |
|   | 7) Nome do Pai  | JOAQUIM DE LAMBERTO DA COSTA   |  |   |   | 8) Nome da Mãe |
|   | 9) Data de nascimento   | 10) Idade  | 11) Rapa/Cor   | 12) Situação conjugal   |   |                |
|   | 11/01/1919  | Anos completos: 96<br>Meses: 0<br>Dias: 0<br>Horas: 0<br>Minutos: 0<br>Ignorado: 9 | 1) Branca 2) Parda 3) Amarela<br>4) Preta 5) Indígena<br>6) Negra 7) Castanha 8) Louro | 1) Solteiro 2) Separado/juntamento<br>3) Divorciado 4) Viúvo<br>5) União estável 6) Separado<br>7) Casado 8) Ignorado |   |                |
|   | 13) Escolaridade (última série concluída)   | 14) Ocupação habitual  | Código CBO 2002  |   |   |                |
|   | Nível<br>0) Sem escolaridade<br>1) Fundamental I (1º a 4º Série)<br>2) Fundamental II (5º a 8º Série) | 3) Médio (antigo 2º grau)<br>4) Superior Incompleto<br>5) Superior completo        | Série: 9   | Informar anterior, se aposentado / desempregado   | AGRICULTOR                                      |                |
|   | 15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)  | Número   | Complemento  | 16) CEP   | 52000-000                                       |                |
| 17) Bairro/Distrito   | Código  | 18) Município de residência  | Código   | 19) UF  | GO  |                |
| 20) Local de ocorrência do óbito  | 21) Estabelecimento   |  |  |   |   |                |
| 1) Hospital<br>2) Outros estab. saúde<br>3) Domicílio<br>4) Via pública<br>5) Outros  | 6) Ignorado   |  |  |   |   |                |
| 22) Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)  | Número  | Complemento  | 23) CEP  | 52000-000   |   |                |
| 24) Bairro/Distrito   | Código  | 25) Município de ocorrência  | Código   | 26) UF  | GO  |                |
| PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE  |   |  |  |   |   |                |
| 27) Idade (anos)  | 28) Escolaridade (última série concluída)   | 29) Ocupação habitual  | Código CBO 2002  |   |   |                |
| Nível<br>0) Sem escolaridade<br>1) Fundamental I (1º a 4º Série)<br>2) Fundamental II (5º a 8º Série)                             | 3) Médio (antigo 2º grau)<br>4) Superior Incompleto<br>5) Superior completo                           | Série: 9   | Informar anterior, se aposentada / desempregada  |   |   |                |
| 30) Número de filhos vivos  | 31) N.º de semanas de gestação  | 32) Tipo de gravidez   | 33) Tipo de parto  | 34) Morte em relação ao parto   |   |                |
| Nasceram<br>Vivos<br>1<br>—<br>—<br>99) Ignorado  | Péndas fetais/abortos<br>1<br>—<br>—<br>99) Ignorado  | 1) Unica<br>2) Dupla<br>3) Tripla e mais<br>9) Ignorada                            | 1) Vaginal<br>2) Cesárea<br>9) Ignorada  | 1) Antes<br>2) Durante<br>3) Depois<br>9) Ignorado  |   |                |
| 35) Peso ao nacer   | 36) Número da Declaração de Nascido Vivo  |  |  |   |   |                |
| Gramas<br>1<br>—<br>—<br>99) Ignorado   | Gramas<br>1<br>—<br>—<br>99) Ignorado   |  |  |   |   |                |
| ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉTIL  |   |  |  |   |   |                |
| 37) A morte ocorreu   | 38) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?                                    | 39) Necropsia?   |  |   |   |                |
| 1) Na gravidez<br>2) No parto<br>3) No abortamento<br>4) Até 42 dias após o término da gestação<br>5) Não ocorreu nestes períodos | 6) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação  | 7) Sim<br>8) Não<br>9) Ignorado  | 10) Sim<br>11) Não<br>12) Ignorado   |   |   |                |
| ANOTE SÓMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA  |   |  |  |   |   |                |
| PARTE I   |   |  |  |   |   |                |
| Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte.  |   |  |  |   |   |                |
| CAUSAS ANTECEDENTES   |   |  |  |   |   |                |
| Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa direta responsável, mencionando-se em detalhe lugar a causa básica.        |   |  |  |   |   |                |
| PARTE II  |   |  |  |   |   |                |
| Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na causa acima.                         |   |  |  |   |   |                |
| 41) Nome do Médico  | 42) CRM   | 43) Óbito atestado por Médico  | 44) Município e UF do SVO ou IML   |   |   |                |
| 45) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)   | 46) Data do atestado  | 47) Assinatura   | 48) Município de Residência do Médico  |   |   |                |
| PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter epidemiológico)   |   |  |  |   |   |                |
| 49) Tipo  | 50) Local de ocorrência   | 51) Fonte da Informação  | 52) Ignorado   |   |   |                |
| 1) Acidente<br>2) Suicídio  | 3) Homicídio<br>4) Outros   | 5) Ocorrência Policial N.º<br>6) Hospital<br>7) Família<br>8) Outra                | 9) Ignorado  |   |   |                |
| 53) Descrição sumária do evento   | Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência  |  |  |   |   |                |
| 1) Via pública<br>2) Endereço da residência<br>3) Outro domicílio<br>4) Estabelecimento comercial<br>5) Outras<br>6) Ignorado     |   |  |  |   |   |                |
| ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA  |   |  |  |   |   |                |
| 54) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)  | Número  | Bairro   | Município  | UF  |   |                |
| 55) Cidade  | Código  | 56) Registro   | 57) Data   | 58) UF  |   |                |
| 59) Município   |   |  |  |   |   |                |



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

01801840

SEXO

COR

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, 26 anos

NATURALIDADE/UF

Umbuzeiro-PB

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CPF nº 098.779.104-46

ELEITOR

SIM - N° 03787801210, Zona: 36 - PB

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)

IVANILDO FLAUSINO DA COSTA e LUZIA AVELINO DA SILVA. Residia na(s) Sítio Chá 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 CONSEGUATIVA, (ACIDENTE DE MOTO)

NOME DO MÉDICO / CRM

Dr. Edvaldo Henrique de Lima - CRM: 1360

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 Chá do Touro, Umbuzeiro-PB, natural de Umbuzeiro-PB

OBSERVAÇÕES / AVERBACÕES

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. DESSA UNIÃO NÃO DEIXOU FILHOS, ERA ELEITOR E NÃO DEIXOU BENS.  
DN: 14101949 RG: 8.704.159-SSP-PF CTPS: 95474-00075-PB REZEV: 482646-SÉRIE-P Cert. Nas nº 4530 fls.263 do Livro A-04 Cartº de Umbuzeiro-Ciobó-PB

NOME DO OFÍCIO

Oficial do Registro Civil - Aroeiras - PB

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé

Aroeiras-PB, 3 de Maio de 2016

Selma Santos de Lima  
Oficial da Registro Civil

Selo Digital: AAU50173-GQUB

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

ENDEREÇO

Rua Naco de Andrade nº 60 Aroeiras-PB - CEP 58489000 Fone:  
(83) 3396-1083 E-mail: carlosantoslima@hotmail.com

ÓFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

Selma Santos de Lima - Registradora

Regina Costa S. L. de Araújo - Substituta

Fone: (83) 3396-1003

CNPJ: 35.492.990/0001-07

carlosantoslima@hotmail.com

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia

2º. Superintendência Regional de Polícia;  
11º. Delegacia Seccional de Polícia Civil;  
Delegacia de Polícia Civil de Arapiraca-PE.



# 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 Chá do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

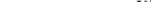
**LOCAL DO OCORRIDO:** Sítio Juá, zona Rural de Areias/PB

**VITIMA(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: 06236143612-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 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:  DE POLICIA

COMUNICANTE: 

## ESCRIVÃO

COPIA DO DOCUMENTO DO ESTADO DA PARAGUAI  
Selo Digital de Fiscalização  
eio ADT 16.989-KUH  
Conselho de Contabilidade e Fiscalização  
MARGAL ALVES TRAVASSOS  
Tabelião Substituto

Lai Alves Travassos  
Tabelião Substituto



|  |  |  |   |                                   |  |
|--|--|--|---|-----------------------------------|--|
| Identificação<br>Residencial<br>Ocupação<br>Fetal ou menor que 1 ano<br>Condições e causas do óbito<br>Médico<br>Causas externas<br>Cartório   | 1) Tipo de óbito<br>1.1) Fetal<br>2.2) Não Fetal   | 2) Data do óbito<br>01/05/2016   | 3) Hora<br>10:00  | 4) Cartão SUS                     | 5) Naturalidade<br>UNIVERSITARIO - P6<br>Município / UF (se estiver no exterior informar País) |
|  | 6) Nome do Falecido<br>GILBERTO LIAUSTINO DA COSTA   | 7) Nome da Mãe<br>LUIZA AUGUSTINA DA COSTA   |   |                                   |  |
|  | 8) Nome do Pátr<br>TIVANE DO LIAUSTINO DA COSTA  | 9) Nome da Mão   |   |                                   |  |
|  | 10) Data de nascimento<br>1961-05-09   | 11) Idade<br>46  | 12) Sexo<br>M - Mas.  |                                   |  |
|  | 13) Escolaridade (última série concluída)<br>Nível<br>0.1) Sem escolaridade<br>1.1) Fundamental I (1º a 4º Série)<br>2.2) Fundamental II (5º a 8º Série) | 14) Escolaridade (última série concluída)<br>Nível<br>0.2) Médio (anilho 2º grau) Ignorado<br>1.2) Superior Incompleto<br>2.2) Superior completo | 15) Ocupação habitual<br>(Informar anterior, se aposentado / desempregado)<br>Série<br>8            | 16) Código CBO 2002<br>Agricultor |  |
|  | 17) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)<br>S. 1010 - Lote 100   | 18) Número   | 19) Complemento   | 20) CEP                           |  |
|  | 21) Bairro/Distrito<br>S. 1010 - Lote 100  | 22) Código   | 23) Município de residência<br>UNIVERSITARIO  | 24) Código<br>UF                  |  |
|  | 25) Local de ocorrência do óbito<br>1. Hospital<br>2. Outros estab. saúde 4. Via pública<br>3. Outros estab. saúde 5. Aldeia<br>6. Ignorado              | 26) Estabelecimento<br>Ignorado  | 27) Código CNES   | 28) Código                        |  |
|  | 29) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)<br>S. 1010 - Lote 100   | 30) Número   | 31) Complemento   | 32) CEP                           |  |
|  | 33) Bairro/Distrito<br>S. 1010 - Lote 100  | 34) Código   | 35) Município de ocorrência<br>PARAÍBA  | 36) Código                        |  |
| PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE   |  |  |   |                                   |  |
| 37) Idade (anos)<br>0.1) Sem escolaridade<br>1.1) Fundamental I (1º a 4º Série)<br>2.2) Fundamental II (5º a 8º Série)                         | 38) Escolaridade (última série concluída)<br>Nível<br>0.2) Médio (anilho 2º grau) Ignorado<br>1.2) Superior Incompleto<br>2.2) Superior completo         | 39) Ocupação habitual<br>(Informar anterior, se aposentada / desempregada)   | 40) Código CBO 2002   |                                   |  |
| 41) Número de filhos vivos<br>Nascidos vivos<br>Perdas fetais<br>Abortos   | 42) Número de semanas de gestação<br>31) N.º de semanas de gestação  | 43) Tipo de gravidez<br>1. Unínea<br>2. Dupla<br>3. Triple e mais<br>9. Ignorada   | 44) Tipo de parto<br>1. Vaginal<br>2. Cesárea<br>9. Ignorado  |                                   |  |
| 45) Período ao nascer<br>Ignorado  | 46) Número da Declaração de Nascido Vivo<br>Kizma  | 47) Morte em relação ao parto<br>1. Antes<br>2. Durante<br>3. Depois<br>9. Ignorado  | 48) Necrópsia?<br>1. Sim<br>2. Não<br>9. Ignorado   |                                   |  |
| ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL  |  |  |   |                                   |  |
| 49) A morte ocorreu<br>1. Na gravidez<br>2. No parto   | 50) De 13 dias a 1 ano após o término da gestação<br>3. Até 42 dias após o término da gestação<br>4. Mais de 42 dias após o término da gestação          | 51) De 0 a 13 dias<br>5. Nada degrau nestes períodos   | 52) Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?<br>6. Ignorado                   |                                   |  |
| 53) CAUSAS DA MORTE<br>PARTE I<br>Descreva ou esteja em óbito que causou de forma direta a morte.  | ANOTE SÓMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA<br>GILBERTO LIAUSTINO DA COSTA - HEMORRAGIA   |  |   |                                   |  |
| 54) CAUSAS ANTECEDENTES<br>Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa óbito respostas, metabólica em gabinete lugar a causa óbito. | Devido ou como consequência de:<br>GILBERTO LIAUSTINO DA COSTA   |  |   |                                   |  |
| 55) OUTRAS CONDIÇÕES SÍGNEAIS/INDICAÇÕES<br>Outras condições/síndromes/indicações para a morte, e que não citaram, porém, na causa óbito.      | Devido ou como consequência de:<br>GILBERTO LIAUSTINO DA COSTA   |  |   |                                   |  |
| 56) ANOTE SÓMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA<br>PARTE II<br>Deve ser anotado o diagnóstico que deu origem à morte.                               | Devido ou como consequência de:<br>GILBERTO LIAUSTINO DA COSTA   |  |   |                                   |  |
| 57) Nome do Médico<br>Eduardo Henrique de Lima   | 58) CRM<br>1350  | 59) Óbito atestado por Médico<br>1. Assistente<br>2. Substituto<br>3. ML   | 60) Município e UF do CRM ou IML<br>UF  |                                   |  |
| 61) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)<br>Dr. Eduardo Henrique de Lima  | 62) Data de atestado<br>2016-05-01   | 63) Assinatura<br>Dr. Eduardo Henrique de Lima   | 64) Perito Médico Oficial<br>PERITO MÉDICO OFICIAL<br>CRM-1350 - Mat. 75.537-1                      |                                   |  |
| PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (Informações de caráter estritamente epidemiológico)   |  |  |   |                                   |  |
| 65) Tipo<br>1. Acidente<br>2. Suicídio   | 66) Morticídio<br>3. Morticídio<br>4. Outros   | 67) Local do óbito<br>Ignorado<br>1.2) Acidente de trabalho<br>1.3) Sítio<br>2.2) Não  | 68) Fonte da informação<br>1.2) Ocorrência Policial<br>2.2) Hospital<br>3.2) Família<br>4.2) Outros |                                   |  |
| 69) Descrição sumária do evento<br>ACIDENTE DE TRABALHO  | 70) Número   | 71) Bairro   | 72) Município   |                                   |  |
| 73) ENDERECO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA<br>S. 1010 - Lote 100   | 74) UF   | 75) Cidade   | 76) Registro  |                                   |  |
| 77) Cartório   | 78) Data   | 79) UF   | 80) UF  |                                   |  |
| 81) Município  | 82) Cidade   | 83) UF   | 84) UF  |                                   |  |



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
2<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia  
11<sup>ª</sup> Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia de Polícia Civil de Aroeiras-PB.



GOVERNO  
DA PARÁIBA



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 OCORRÊDO: Sítio Juá, zona Rural de Aroeiras/PB;

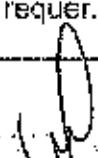
VÍTIMA(S): GILLIARD FLAUSINO DA COSTA, brasileiro, solteiro, agricultor, filho de Ivanildo Flausino da Costa e Luzia Avelino da Silva, portador do RG: 8734159-SDS/PE, CPF: 098.779.104-46, CNH: 06235143612-DETRAN/PB, residente no Sítio Chã do Touro, zona rural de Umbuzeiro/PB;

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 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 retomava 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:   
2<sup>ª</sup> Delegacia de Polícia Civil

COMUNICANTE:   
Ivanildo F. da Costa

ESCRIVÃO: 

14:26 25/05/2016 016818 SEGURODESA LIDER PB/AB 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          |      |
| NATURALEZA/UF   | Umbuzeiro-PB  | DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO |      |
|   |   | CPF nº: 098.779.104-46     |      |
| ELEITOR   | SIM - Nº 037870611210, Zona: 36 - PB  |                            |      |
| FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA (DO FALECIDO)   | IVANILDO FLAUSINO DA COSTA e LUZIA AVELINO DA SILVA, Reside na(s) Sítio Chá 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, desse município  |                            |      |
| CAUSA DA Morte  | POLIRAUTATISMO COM HEMORRAGIA CONSEGUATIVA, (ACIDENTE DE MOTO).   |                            |      |
| NOME DO MÉDICO/ CRM   | LOCAL DO SEPULTAMENTO   |                            |      |
| Dr. Edvaldo 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 Chá 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.<br>Foi apresentada a Declaração de Óbito nº 225235862. O FALECIDO ERA SOLTEIRO, POREM VIVIA CONJUGALMENTE COM JAQUELINE FELIX DA SILVA, E DESSA UNIÃO NÃO DEIXOU FILHOS, ERA ELEITOR E NÃO DEIXOU BENS.<br>DN: 16/10/1989 RG: 8.734.159-SSP-PB CTPS: 95474-00075-PB REZEV: 482646-SÉRIE-P Cert. Nas. nº 4530 fls 263 do Liv. A-06 Cart. de Umbuzeiro-Orbto-PB. |                            |      |
| NO ME DO ÓRIO   | O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.<br>Aroeiras-PB, 3 de Maio de 2016  |                            |      |
| Cartório do Registro Civil - Aroeiras - PB  | Selma Santos de Lima  |                            |      |
| OFICIAL REGISTRADOR   | Selma Santos de Lima  |                            |      |
| MUNICIPIO/UF  | Selma Santos de Lima<br>Oficial do Registro Civil   |                            |      |
| Aroeiras-PB   |   |                            |      |
| ENDEREÇO  | Selo Digital: AAU50173-GQUB<br>Consulte a autenticidade em: <a href="https://selodigital.tjpb.jus.br">https://selodigital.tjpb.jus.br</a>   |                            |      |
| Rua Neco de Andrade nº 60 Aroeiras-PB - CEP 58489000 Fone: (83) 3396-1063 E-mail: cartoriosantosfirma@hotmail.com | ÓFÍCIO DO REGISTRO CIVIL<br>Selma Santos de Lima - Fazenda Pública<br>Regia C.R.C. - 00007-5405-00<br>Fone: (83) 3396-1063<br>CNPJ: 35.492.990/0001-07<br>cartoriosantosfirma@hotmail.com   |                            |      |

MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 010442273735

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CPN/RENAVAM - B. N. F. R. O. - EXPEDIDOR:  
J. 4063911125 - 2013 - 00000000000000000000

PESSOAS: NOME: EDEBIO MENDES DA COSTA

RESIDENCIAL: RUE: EDEBIO MENDES DA COSTA  
BRAZILIA, DF, 70130-000

RECIFES: PE

CPN/ONI: 262-1246-204-49 - PLACA: PE-9980

PLACA ANTO/UP: 722 - CLASSE: 3000

ARROZ: 100 - CATEGORIA: 3000

VEÍCULO: HONDA/CB 600R

ARROZ/PLACA: 2013 - CATEGORIA: 2013

DATA ÚNICA: VENDE COTA ÚNICA

FEVA 2013: QUITADO

VENDE COTA ÚNICA: PARCELAMENTO / COTAS

A: 1

PRÉMIO TANDEM: 100,00 - PRÉMIO TOTAL: 100,00 - DATA DE PAGAMENTO: 2013/06/01

OBSERVAÇÕES: FIO, BANCO ITAUTEC 3A

RECIFES: Mania de Futebol - 100% - 00000000000000000000

PE Nº 010442273735 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESENHO E GUARDE O BILHETE DPVAT EXCLUSIVO  
ELÉTRICO E DE PORTO OBRIGATÓRIO - 2013

CPN/CNPJ: 262-1246-204-49 - PÔSICA: PEYODR00

PESSOAS: EDEBIO MENDES DA COSTA  
RUA: SANTO ANTONIO, 231 - AG. 111 - FRTA: 52111-566

RECIFES: BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXCLUSIVO - DATA EMISSÃO: 02/05/13

PE Nº 010442273735 - 2013 - 02/05/13

VIA: CPN/ONI: 262-1246-204-49 - PLACA: PE-9980

ARROZ: 100 - CATEGORIA: 3000

VEÍCULO: HONDA/CB 600R

ARROZ/PLACA: 2013 - CATEGORIA: 2013

DATA ÚNICA: VENDE COTA ÚNICA

PRÉMIO TARIFÁRIO: 100,00 - PAGAMENTO: 2013/06/01

OJUSTO DO BILHETE (R\$): 100,00 - DATA DE QUITAÇÃO: 2013/06/01

BILHETE PAGO:  PAGAMENTO:  COTA ÚNICA:  PARCELADO:

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.240.608/0001-04

| DETAN - PE   |              | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO |           | Nº 010442273725  |  |
|--|--------------|--|-----------|------------------|--|
| VIA  | CÓD. RENAVAM | P. N. E. R. O.                                     | EXERCÍCIO |                  |  |
| 1  | 406331125    | 2012   | 2012      |                  |  |
| NOME   |              |  |           |                  |  |
| EDÉSIO MENESES DA COSTA  |              |  |           |                  |  |
| ENDERECO   |              |  |           |                  |  |
| RUA 175 - B2   |              |  |           |                  |  |
| CÓD. AGENCIA   |              |  |           |                  |  |
| 382 249 2044   |              | PLACA  |           | PERÍODO          |  |
| PLAQUE ANT / UF  |              | CHASSI   |           | TABELA           |  |
| HONDA / CB 300R  |              |  |           |                  |  |
| COMBUSTÍVEL  |              |  |           |                  |  |
| GÁSOLINA   |              |  |           |                  |  |
| MARCAS / MODELO  |              |  |           |                  |  |
| HONDA / CB 300R  |              | ANO FAB.   |           | ANO EMISS.       |  |
| 2011   |              | 2012   |           |                  |  |
| CAR / P.DT / CIL.  |              |  |           |                  |  |
| CATEGORIA  |              |  |           |                  |  |
| 29/291CL   |              | PARTES   |           | COR PREDOMINANTE |  |
| COR PREDOMINANTE   |              |  |           |                  |  |
| BRANCA   |              |  |           |                  |  |
| COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTIAS                             |              |  |           |                  |  |
| 10000 2013 QUINADO   |              | 2013   |           | 2013             |  |
| PARCELAMENTO / COTAS   |              |  |           |                  |  |
| FAIXA / RVA  |              | 2013   |           | 2013             |  |
| 1  |              | 2013   |           | 2013             |  |
| PRÉMIO TARIÁRIO (R\$) IGF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO |              |  |           |                  |  |
| SEGURADO PAGO  |              |  |           |                  |  |
| OBSERVAÇÕES  |              |  |           |                  |  |
| AL. PTO. BANCO ITAÚ 26 2013  |              |  |           |                  |  |
| RECIFE   |              |  |           |                  |  |
| LOCAÇÃO  |              |  |           |                  |  |
| DATA   |              |  |           |                  |  |
| 08/05/14   |              |  |           |                  |  |

|  |                 |   |              |
|--|-----------------|---|--------------|
| PE N° 010442273735   |                 | BILHETE DE SÉGURO DPVAT                     |              |
| DESTE QUE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCÍCIO<br>QUE NAO E DE PÓRTE OBRIGATÓRIO. 2013 |                 |   |              |
| CPF / CNPJ   |                 | PLACA                                       |              |
| 362.249.204-49   |                 | PEV8080                                     |              |
| ENDERECO MENDES DA COSTA   |                 |   |              |
| RUA CORREGO JOSÉ FRANCÍSICO 231  |                 |   |              |
| ACARA FRIA   |                 |   |              |
| RECIFE - PE 82111-560  |                 |   |              |
| BILHETE DE SÉGURO DPVAT  |                 |   |              |
| PE N° 010442273735   |                 | EXERCÍCIO                                   | DATA EMISSÃO |
|  |                 | 2013  | 03/05/13     |
| VIA  | CPF / CNPJ      |   | PLACA        |
| 3  | 362.249.204-49  |   | PEV8080      |
| PLATEAU  | MARCA / MODELO  |   |              |
| 4608911135   | HONDA/CB 300R   |   |              |
| ANO/FAB.   | Nº CHASSI       |   |              |
| 2011   | 09              | 9C2NC4310CR017717                           |              |
| PRÉMIO TARIFÁRIO   |                 |   |              |
| FNS (R\$)  | DIENATRAN (R\$) | CUSTO DO SEGURO (R\$)                       |              |
|  |                 |   |              |
| CUSTO DO BILHETE (R\$)   | NOF (R\$)       | TOTAL A SER PAGO (R\$) SEU RENDIMENTO (R\$) |              |
| SEGUNDO PAGO   |                 |   |              |
| PAGAMENTO  |                 | DATA DE QUITAÇÃO                            |              |
| COTA ÚNICA   | PARCELADO       |   |              |

Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A

CNE-I-09-248-608/0001-04

# PROTÓCOLO 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

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 01/05/2016

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](http://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

Seguradora Líder

SEGURAD

## PEDIDO DE SEGURO DPVAT

site: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

SAC DPVAT 0800 022 12 04



[Facebook.com/dpvatoficial](https://www.facebook.com/dpvatoficial)



[Youtube.com/dpvatoficial](https://www.youtube.com/dpvatoficial)



[Twitter.com/dpvatoficial](https://twitter.com/dpvatoficial)

BLOG: [www.viverseguronotransito.com.br](http://www.viverseguronotransito.com.br)

|                               |                         |  |                   |
|-------------------------------|-------------------------|--|-------------------|
| REMETENTE / Sender            | TELEFONE / Phone Number |  |                   |
| IVANILDO ELAUSINO 24 esq/ta   |                         |  |                   |
| ENDEREÇO / Address            |                         |  |                   |
| CONJUNTO CEHALP (COHAB II), 5 |                         |  |                   |
| CEP / Zip                     | CIDADE / City           | UF / State                                       | PAÍS / Country    |
| 58497-000                     | UMBuzeiro               | PB   | BRASIL            |
| [Redacted]                    |                         | "RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE" |                   |
|                               |                         | PROBAS   | www.probas.com.br |