

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 12/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIA GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03808

CONTA: 000000015667-4

Nr. da Autenticação 9E060FE8FB5BC28A



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
MANOEL GOMES DA SILVA

MATRÍCULA
078980 01 55 2018 4 00104 138 0055567- 25

(LIVRO C: 104 TERMO: 55567 FOLHA: 138)

DE SEGURO

12 JUN 2018

DPVAT

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	PARDA	SOLTEIRO, 29 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
JOSÉ DE FREITAS-PI	RG- 3.823.038 SSP-PI CPF nº 07178280365.	SM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

FILIAÇÃO: ANTÔNIA GOMES DA SILVA

RESIDÊNCIA: ESTRADA DA CACIMBA VELHA, LOCALIDADE ÁRVORE VERDE, BARRO VALE QUEM TEM, TERESINA-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO

QUATORZE DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOTO ÀS 18:55

DIA MÊS ANO
14 01 2018

LOCAL DE FALECIMENTO

MUT-HOSPITAL ZENON ROCHA, TERESINA-PI

CAUSA DA MORTE

EDEMA CERVICAL, HEMORRAGIA INTRACRANIANA, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, LESÕES CONTUNDENTES, ACIDENTE DE TRÁFEGO (MOTOCICLETA X CAMINHÃO).

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

CEMITÉRIO DISTRITAL POVOADO CALDEIRÃO, ZONA RURAL DE JOSÉ DE FREITAS-PIAUI

DECLARANTE

MÁCIA MONTEIRO

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

REGIS CARLOS DE OLIVEIRA SOUSA - 5221 PI

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

SEM INFORMAÇÃO

NOME DO OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAÚJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: TERESINA, PI, 22 de Janeiro de 2018.

Assinatura do Oficial

Maria das Dores Balbino Lobo
Escritor(a) Compromissada

Certidão
Thermotypes
Sertipado

TERESINA CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
TITULAR - ANATÁLIA GONÇALVES DE SANTANA FERREIRA
RUA LIZANDRO NOGUEIRA, 1233 CENTRO - CEP. 64000-206 - TERESINA-PI
Fone: (066) 3221-7886 - E-mail: atdmdm@cartoriothuang.com.br

AUTENTICO A PRESENTE FOTOCOPIA DE PARTE DE DOC. QUE É REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL DOU FE, EM TEST. DA VERDADE, TERESINA-PI, 02/02/2018.

AUREA LETICIA SANTOS SILVA-ESCRIVENTE

Empl.: 2,32 TJ: 0,46 Selo: 0,25 Total: 3,03 Selo: 81.78724

☐ Tabelão

☒ Escritor(a) autorizado

CARTÓRIO 3º OFÍCIO DE NOTAS
Aurea Leticia Santos Silva
Escritor(a) Autorizada



ARPENBRASIL AA 008727875 BRP

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 MANOEL GOMES DA SILVA em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 08/04/18, faleceu em 14/04/18, no estado civil de SOLTEIRO (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>ANTÔNIA GOMES DA SILVA</u>	<u>Mãe</u>	<u>1.258.091</u>	<u>696.353.103</u>
2.			
3.			
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), 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.

TERESINA 13/02/19
LOCAL E DATA

Antônia Gomes da Silva
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

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

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>ROSAMARIA DA CRUZ LIRA</u>	<u>789.486</u>	<u>373.398.433.91</u>	<u>Rosamaria da Cruz Lira</u>
2. <u>FRANCISCA MARIA SANTOS REBELO</u>	<u>1.583.391</u>	<u>024.257.803.94</u>	<u>Francisca Maria Santos Rebelo</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).



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASE: _____ CPF da Vítima: **071.762.803.55** Nome completo da vítima: **MANOEL GOMES DA SILVA**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo ANTÔNIA GOMES DA SILVA		CPF titular da conta 695.353.103.72	Profissão APOSENTADA
Endereço ES. VALE QUESTEM LOT. ARVORE VERDE		Número S/N	Complemento
Bairro ZONA RURAL	Cidade TERESINA	Estado PIAUÍ	CEP
Email			Telefone (DDD) 86.99962.3340

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO: **3808** D/V: ☐ COMTA NRO: **15667** D/V: **4**
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: _____ NRO: _____
AGÊNCIA NRO: _____ D/V: ☐ COMTA NRO: _____ D/V: ☐
(Informar dígito se existir)

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

TERESINA, 13 de FEVEREIRO de 2019

Local e Data

*** Antônia Gomes da Silva**
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - AG CONSELHEIRO SARAIVA

DATA: 07/02/2019

HORA: 09:06:44

TERMINAL: 00291034

CONTROLE: 002910340079

AGENCIA: 3808 - CAJUINA

CONTA: 013.00015667-4

CLIENTE: ANTONIA GOMES DA SILVA

EXTRATO MENSAL PARA SIMPLES CONFERENCIA
ULTIMOS 30 DIAS



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



Manoel Gomes da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 3.623.038 DATA DE EXPEDIÇÃO 20/07/11
NOME MANOEL GOMES DA SILVA
FILIAÇÃO ANTONIA GOMES DA SILVA
NATURALIDADE JOSE DE FREITAS-PI DATA DE NASCIMENTO 11/07/1988
DOB. CIVIL GEM. NASC. 3590-L-A102-F 2564
EXP. TERESINA-PI 02/05/08
TERESINA-PI
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/89

DE SEGURANÇA
12 JUN 2018
DPVAT

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
071.762.803-55

Nome
MANOEL GOMES DA SILVA

Nascimento
11/07/1988

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
B61E.E7E6.83FE.78EE

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

de 08/08/08 do dia 07/05/2013 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00