



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RAILSON FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO, brasileiro, solteiro, portadora de RG nº. 3.839.262 SSP-PI e CPF nº. 612.814.183-82, residente e domiciliado na Rua Neco Adriano, nº.188, bairro Centro na cidade de São João da Canabrava-PI, CEP: 64.635.000 Fone: (89) 98811-7917.

OUTORGADOS: KAREM ALINE DE CARVALHO ISIDORO, brasileira, casada, advogado OAB-PI 4568, MÁRCIO JOSÉ DE CARVALHO ISIDORO, brasileiro, casado, advogado OAB-PI 6240, com escritório profissional localizado na Rua Coelho Rodrigues, 454, Centro, Picos-Pi, CEP: 64.600-054 onde recebem as devidas intimações.

PODERES: Para representar os seus interesses em qualquer instância, com os poderes da cláusula "ad judícia" e "extra judícia" e mais os especiais indicados no artigo 105, "in fine", do novo código de processo civil, e representar perante quaisquer pessoas jurídicas de direito público ou privado, bem como os órgãos judiciários. Podendo transigir, desistir, firmar compromisso, renunciar, oferecer caução, fazer acordos, recorrer, receber e dar quitação, incluindo também os poderes de procuração "ad-negótia", em que os outorgados atuem como patrocinadores da ação, podendo praticar todos os atos judiciais e administrativos permitidos pela legislação vigente, inclusive requerer a Justiça Gratuita, para o bom cumprimento do presente mandato no que tange a representação. **Em especial: Ação Cobrança DPVAT.**

Picos-Pi, 17 de Junho de 2019.

Railson Francisco de Sousa Sobrinho

Outorgante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCO HENRIQUE ALVES, brasileiro, solteiro, portadora de RG nº. 4.327.180 SSP-PI e CPF nº. 052.280.123-46, residente e domiciliado na Rua Neco Adriano, nº.188, bairro Centro na cidade de São João da Canabrava-PI, CEP: 64.635.000 Fone: (89) 98811-7917.

OUTORGADOS: KAREM ALINE DE CARVALHO ISIDORO, brasileira, casada, advogado OAB-PI 4568, **MÁRCIO JOSÉ DE CARVALHO ISIDORO**, brasileiro, casado, advogado OAB-PI 6240, com escritório profissional localizado na Rua Coelho Rodrigues, 454, Centro, Picos-Pi, CEP: 64.600-054 onde recebem as devidas intimações.

PODERES: Para representar os seus interesses em qualquer instância, com os poderes da cláusula "ad judícia" e "extra judícia" e mais os especiais indicados no artigo 105, "in fine", do novo código de processo civil, e representar perante quaisquer pessoas jurídicas de direito público ou privado, bem como os órgãos judiciários. Podendo transigir, desistir, firmar compromisso, renunciar, oferecer caução, fazer acordos, recorrer, receber e dar quitação, incluindo também os poderes de procuração "ad-negótia", em que os outorgados atuem como patrocinadores da ação, podendo praticar todos os atos judiciais e administrativos permitidos pela legislação vigente, inclusive requerer a Justiça Gratuita, para o bom cumprimento do presente mandato no que tange a representação. **Em especial: Ação Cobrança DPVAT.**

Picos-Pi, 17 de Junho de 2019.

Francisco Henrique Alves

Outorgante

Rua Coelho Rodrigues, 454, Centro, Picos-Pi – CEP: 64.600-054 – Tel: (89) 3422-6833



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARINALVA BESERRA ALVES, brasileira, união estável, portadora de RG nº. 2.372.391 SSP-PI e CPF nº. 014.087.773-80, residente e domiciliado na Rua Neco Adriano, nº.188, bairro Centro na cidade de São João da Canabrava-PI, CEP: 64.635.000 Fone: (89) 98811-7917.

OUTORGADOS: KAREM ALINE DE CARVALHO ISIDORO, brasileira, casada, advogado OAB-PI 4568, **MÁRCIO JOSÉ DE CARVALHO ISIDORO**, brasileiro, casado, advogado OAB-PI 6240, com escritório profissional localizado na Rua Coelho Rodrigues, 454, Centro, Picos-Pi, CEP: 64.600-054 onde recebem as devidas intimações.

PODERES: Para representar os seus interesses em qualquer instância, com os poderes da cláusula "ad judícia" e "extra judícia" e mais os especiais indicados no artigo 105, "in fine", do novo código de processo civil, e representar perante quaisquer pessoas jurídicas de direito público ou privado, bem como os órgãos judiciários. Podendo transigir, desistir, firmar compromisso, renunciar, oferecer caução, fazer acordos, recorrer, receber e dar quitação, incluindo também os poderes de procuração "ad-negótia", em que os outorgados atuem como patrocinadores da ação, podendo praticar todos os atos judiciais e administrativos permitidos pela legislação vigente, inclusive requerer a Justiça Gratuita, para o bom cumprimento do presente mandato no que tange a representação. **Em especial: Ação Cobrança DPVAT.**

Picos-Pi, 17 de Junho de 2019.

MARINALVA BESERRA ALVES

Outorgante



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: MARIA ELINETE ALVES SOBRINHO, brasileira, solteira, portadora de RG nº. 3.840.493 SSP-PI e CPF nº. 052.280.113-74, residente e domiciliado na Rua Neco Adriano, nº.188, bairro Centro na cidade de São João da Canabrava-PI, CEP: 64.635.000 Fone: (89) 98811-7917.

OUTORGADOS: KAREM ALINE DE CARVALHO ISIDORO, brasileira, casada, advogado OAB-PI 4568, **MÁRCIO JOSÉ DE CARVALHO ISIDORO**, brasileiro, casado, advogado OAB-PI 6240, com escritório profissional localizado na Rua Coelho Rodrigues, 454, Centro, Picos-Pi, CEP: 64.600-054 onde recebem as devidas intimações.

PODERES: Para representar os seus interesses em qualquer instância, com os poderes da cláusula "ad judícia" e "extra judícia" e mais os especiais indicados no artigo 105, "in fine", do novo código de processo civil, e representar perante quaisquer pessoas jurídicas de direito público ou privado, bem como os órgãos judiciários. Podendo transigir, desistir, firmar compromisso, renunciar, oferecer caução, fazer acordos, recorrer, receber e dar quitação, incluindo também os poderes de procuração "ad-negótia", em que os outorgados atuem como patrocinadores da ação, podendo praticar todos os atos judiciais e administrativos permitidos pela legislação vigente, inclusive requerer a Justiça Gratuita, para o bom cumprimento do presente mandato no que tange a representação. **Em especial: Ação Cobrança DPVAT.**

Picos-Pi, 17 de Junho de 2019.

Maria Elinete Alves Sobrinho

Outorgante

Rua Coelho Rodrigues, 454, Centro, Picos-Pi – CEP: 64.600-054 – Tel: (89) 3422-6833



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RAILANE MARIA DE SOUSA SOBRINHO, brasileira, solteira, portadora de RG nº. 3.266.049 SSP-PI e CPF nº. 051.285.133-60, residente e domiciliado na Rua Neco Adriano, nº.188, bairro Centro na cidade de São João da Canabrava-PI, CEP: 64.635.000 Fone: (89) 98811-7917.

OUTORGADOS: KAREM ALINE DE CARVALHO ISIDORO, brasileira, casada, advogado OAB-PI 4568, **MÁRCIO JOSÉ DE CARVALHO ISIDORO**, brasileiro, casado, advogado OAB-PI 6240, com escritório profissional localizado na Rua Coelho Rodrigues, 454, Centro, Picos-Pi, CEP: 64.600-054 onde recebem as devidas intimações.

PODERES: Para representar os seus interesses em qualquer instância, com os poderes da cláusula "ad judícia" e "extra judícia" e mais os especiais indicados no artigo 105, "in fine", do novo código de processo civil, e representar perante quaisquer pessoas jurídicas de direito público ou privado, bem como os órgãos judiciários. Podendo transigir, desistir, firmar compromisso, renunciar, oferecer caução, fazer acordos, recorrer, receber e dar quitação, incluindo também os poderes de procuração "ad-negótia", em que os outorgados atuem como patrocinadores da ação, podendo praticar todos os atos judiciais e administrativos permitidos pela legislação vigente, inclusive requerer a Justiça Gratuita, para o bom cumprimento do presente mandato no que tange a representação. **Em especial: Ação Cobrança DPVAT.**

Picos-Pi, 17 de Junho de 2019.

Railane Maria de Sousa Sobrinho

Outorgante

Rua Coelho Rodrigues, 454, Centro, Picos-Pi – CEP: 64.600-054 – Tel: (89) 3422-6833

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.327.180 DATA DE EMISSÃO 07/01/16

NOME FRANCISCO HENRIQUE ALVES

FILIAÇÃO MARINALVA BESERRA ALVES

RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO

NATURALIDADE PÍCOS-PI

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 5793 L A-2 F 74 DATA DE NASCIMENTO 09/03/2001

EXP BOCAINA-PI 08/05/02

052.280.123-46

ASSINATURADO DIRETOR Inst. de Ident. J. D. A. M. 04

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 98.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição 052.280.123-46

Nome FRANCISCO HENRIQUE ALVES

Nascimento 09/03/2001

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0763376

Francisco Henrique Alves

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REAL-SERVIÇO

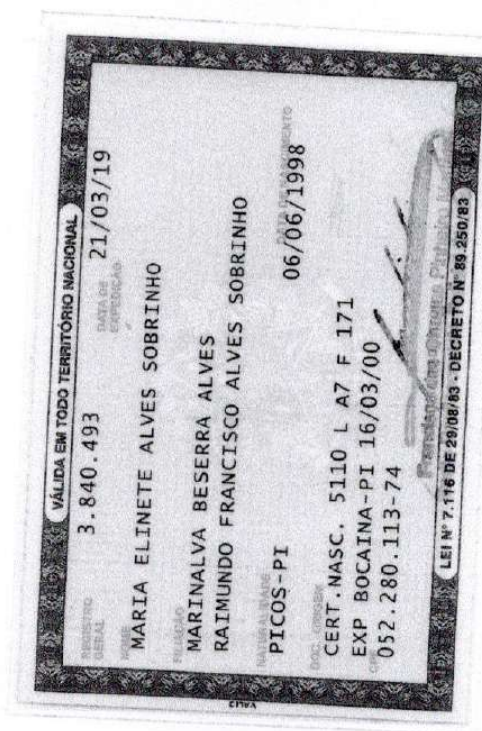
Cartão de uso pessoal e intransferível.

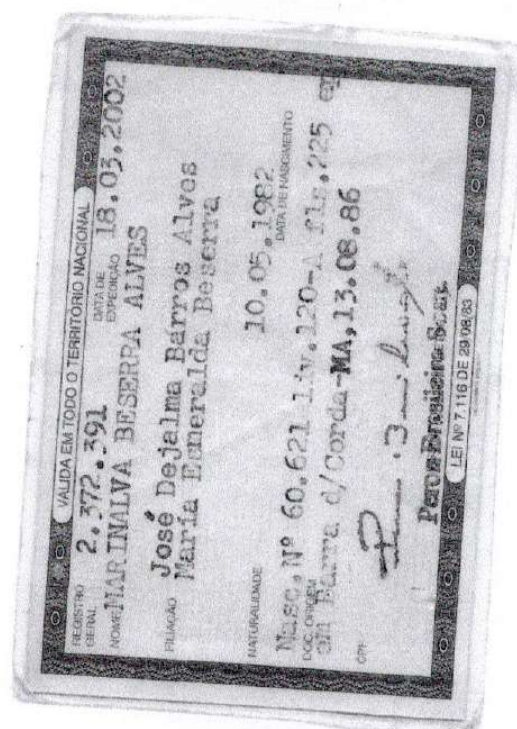
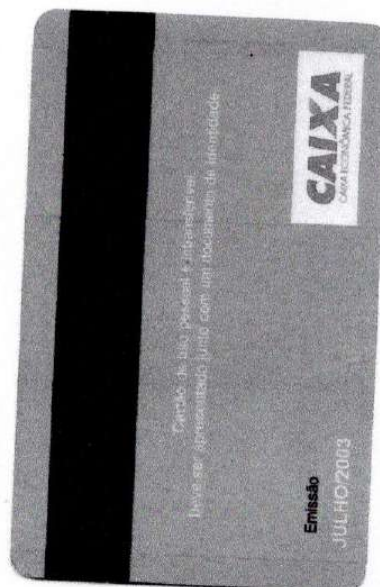
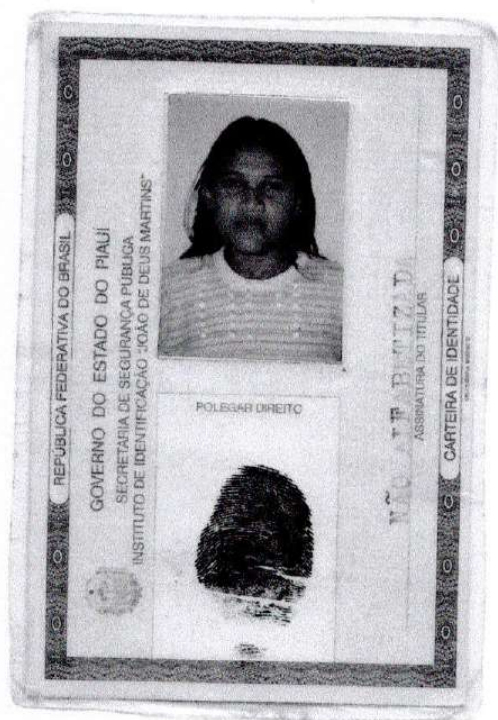
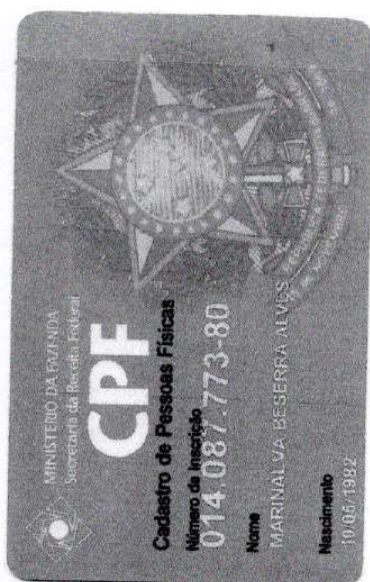
Dove ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão JAN/2009

CORREIOS

www.correios.com.br





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



Railane maria de souza sobrinho
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.266.049 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/11/08

NOME RAILANE MARIA DE SOUSA SOBRINHO

FILIAÇÃO LUSILENE MARIA DE SOUSA
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO

NATURALIDADE PICOS-PI DATA DE NASCIMENTO 25/10/1994

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 6702 L A8 F 122V
EXP BOCAINA-PI 06/03/07

TERESINA - PI

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83 DEBATE Nº 89.250/83

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

11/2008

CAIXA

Ministério da Fazenda
Receita Federal

CPF

051.285.133-60

RAILANE MARIA DE SOUSA SOBRINHO

25/10/1994

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



RAILSON FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.839.262 DATA DE EXPEDIÇÃO 12/12/12

NOME RAILSON FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO

FILIAÇÃO LUSILENE MARIA DE SOUSA
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO

NATURALIDADE PICOS-PI DATA DE NASCIMENTO 14/10/1997

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 6704 L 8 F 122
EXP BOCAINA - PI 06/03/07

CPF 612.814.183-82 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63 - DECRETO Nº 89.250/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 612.814.183-82

Nome RAILSON FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO

Nascimento 14/10/1997

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
1593.9210.2719.350C

www.receita.fazenda.gov.br

10:54:20 de 29/11/2012



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Para contato
consulte, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

0446566-0

Nº da Nota Fiscal 022366495

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAIO/2019	03/06/2019	30	20,32

ALZIRA EMILIA DA CONCEICAO
R. NECO ADRIANO 188 CENTRO
CPF: 00001842575309
CEP: 64.635-000 - SAO JOAO DA CANABRAVA

ROT: 222.737.19.01.134900

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	12213	Atual:	27/05/2019
Anterior:	12183	Anterior:	26/04/2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	26/06/2019
Consumo Medido:	30	Emissão:	24/05/2019
Consumo Faturado:	30	Apresentação:	27/05/2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Dias de Consumo:	31

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A758433		1.1.1.1	57

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
ABR/19	28	CONSUMO	30 A R\$ 0,677544 = 20,32
MAR/19	27	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,26
FEV/19	44		
JAN/19	49		
DEZ/18	60		
NOV/18	68		
OUT/18	75		
SET/18	85		
AGO/18	70		
JUL/18	56		

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,624819

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 17/06/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no CADIN. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.
04/2019	20,47	

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO F53D.94CA.27C6.4F3E.93EA.9031.9728.8171

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	5,49	Base de Cálculo:	20,32				
Energia:	10,58	Alíquota ICMS:					
Transmissão:	1,79	Valor do ICMS:					
Encargos:	0,87	Valor do PIS:	1,40%				
Tributos:	1,59	Valor do COFINS:	6,49%				

INDICADORES DE CONTINUIDADE								
	DSC			PIC			DMIC	DMCU
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	5,91	11,82	23,64	3,43	6,85	13,70	3,46	
Realizado	0,00			0,00			0,00	
Período de aplicação:	03/2019						EUSD:	10,46



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(/)



Buscar no site

A
COMPANHIA ▾SEGURO
DPVAT ▾PONTOS DE
ATENDIMENTO
(/Pontos-de-
Atendimento)CENTRO DE
DADOS E
ESTATÍSTICAS ▾SALA DE
IMPRESSA ▾TRABALHE
CONOSCO ▾

CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190121058 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
COBERTURA Morte



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

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190121058

Vítima: RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ELINETE ALVES SOBRINHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13963133



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

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190121058

Vítima: RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARINALVA BESERRA ALVES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13953561



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

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190121058

Vítima: RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO

Data do Acidente: 19/11/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAILSON FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

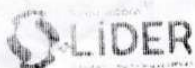
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13954756



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

CPF:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ R\$ 0,00 INFORMAR

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Recebo e concordo, portanto, o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Tem filhos com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Local e Data:

Assinatura

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

x Francisco Henrique

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Profissão: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
 Bairro: _____ Número: _____ Complemento: _____
 E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções)**:

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

Após a análise e o resultado, somente o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: _____

Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vitima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____ Vitima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: _____
 Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Eliete Alves Sobrinho
 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Barrio:

Cidade:

Número:

Complemento:

E-mail:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ R\$ 0,00 INFORMAR

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (311)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo IML ser o responsável pelo prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordo, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Casou-se anteriormente com a vítima: ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

MARINALVA RESE R AALVES

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
ELEIÇÃO 2016 - 1º TURNO
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES
SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
ELEIÇÕES GERAIS 2018 - 1º TURNO
DATA: 07/10/2018
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
UF: PI Zona: 0028 Seção: 0136

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
ELEIÇÕES GERAIS 2018 - 2º TURNO
DATA: 28/10/2018
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
UF: PI Zona: 0028 Seção: 0136

JUSTIÇA ELEITORAL
COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022
06/10/2002 1º TURNO

JUSTIÇA ELEITORAL
COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022
REFERENDO 23/10/2005

JUSTIÇA ELEITORAL
COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022
ELEIÇÕES 2006 2º TURNO 29/10/2006

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO - ELEIÇÕES MUNICIPAIS
1º TURNO - 07/10/2012
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES
SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO - ELEIÇÕES 2014
1º TURNO - 05/10/2014
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES
SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022

JUSTIÇA ELEITORAL
COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022
2º TURNO 27/10/2002

JUSTIÇA ELEITORAL
COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022
REVISÃO ELEITORAL - 2003
DT.NASC: 08/01/1979 ZONA: 0093 SECAO: 0022

JUSTIÇA ELEITORAL
COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022
1º TURNO 03/10/2004

JUSTIÇA ELEITORAL
COMPROVANTE DE VOTAÇÃO
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022
ELEIÇÕES 2006 1º TURNO 01/10/2006

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO - ELEIÇÕES MUNICIPAIS
1º TURNO - 05/10/2008
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES
SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022

COMPROVANTE DE VOTAÇÃO - ELEIÇÕES 2014
2º TURNO - 26/10/2014
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES
SOBRINHO
Inscrição: 0327 2156 1503
NASC: 08/01/1979 ZONA: 093 SEÇÃO: 0022

Eletrobras

Serviço de Energia
Eletrobras - S.A.
SUA NÚMERO

0914516-8

013066264

OUTUBRO/2018 07/11/2018 107 70,32

LOSTIENE MARIA DE SOUSA
R. FELINTO DE AGENAS S/N - CENTRO - FLORES
CPE: 00004344111363
CEP: 64.675-000 - 540 - 054 - 04 - 200000000

11117	26/10/2018
11117	27/09/2018
11117	29/11/2018
11117	29/10/2018
11117	30/10/2018
NORMAL	33

RESID BX KENDA MONO 003/55 1.4.1.1 104

SEI/18	106	CONSUMO	20.4.01	0.000000	8.00
AGO/18	96		20.4.01	0.000000	24.59
JUL/18	72		20.4.01	0.000000	5.15
JUN/18	90	CONTA DE ENERGIA	20.4.01	0.000000	6.97
MAI/18	94	DIFERENÇA DE CANCELAMENTO	20.4.01	0.000000	41.11
ABR/18	114	SUBVENÇÃO P/TA KENDA	20.4.01	0.000000	23.79
MAR/18	102	CORREÇÃO MONETÁRIA (C.M.)	20.4.01	0.000000	0.95
FEV/18	103	MULTA POR ATRASO (M.A.)	20.4.01	0.000000	1.81
JAN/18	127	JURO DE MORA DE IMPORTE (J.M.)	20.4.01	0.000000	1.11
DEZ/17	98	ADICIONAL GABARITO VERMELHO	20.4.01	0.000000	1.88

Des. Gr. 09/2018 72,59
LIGUE 0800 036 0300 E FAÇA O SEU PAGAMENTO 1 5 10 15 20 25

5416 2487 1001 00FE 0033 1145 0000 0000	
RESPONSOR DO PROJETO	
COMPOZICAO DO PROJETO	
Consumo	18,45
Imposto	35,09
Transmissao	5,52
Outros	5,59
Totais	24,59

IMPASTO DO PROJETO	
Imposto	89,24
Transmissao	22,00%
Outros	19,63
Totais	0,88
Totais	4,08

5,91 11,82 23,64 3,43 0,85 18,70 1,46
0,00 0,00 0,00

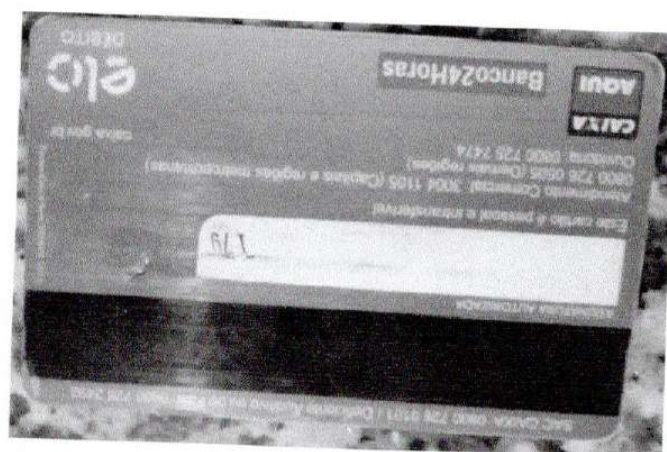
PICOS 08/2018 14,05

013066264 FCAM

836000000000 9 70320017000 8 000000000014 2 51631018000 8

SEQ: 00068 DE: 0014516-8 DT: 10/10/2018 ENTR: 01
LEITURA 11117 NORMAL 70,32 CARGA 001
DI VIK... 07/11/2018 107 70,32

Num. 5632872 - Pág. 22



VITORIA VESTE TUDO/SCOPUS
ANTONIA DOS SANTOS B
RUA JOAO JOSE BEZERRA 100
CENTRO S J D CANABRAVA PI

V19.1 04/12/2018 14:39
TERM 000001 LOJA 000011374400001

AUTE 3845
CORRESPONDENTE DO BANCO BRADESCO

PROPOSTA DE PRE-ABERTURA DE CONTA

AG. RELAC.:00937 - PICOS
PACB :505 - VITORIA VESTE TUDO
AGENCIA :00937-PICOS
CONTA :0000000055629-7
NOME :RAILSON FRANCISCO DE SOUSA
SOB
DATA :04/12/2018
MODALIDADE:00

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA : CONTA CORRENTE

NSU BANCO: 002166337428
HORA : 15:33:46

SUJEITO A CONFIRMACAO DO BANCO

OUVIDORIA BRADESCO
0000 727 9933

VIA DO CLIENTE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE: _____ CPF da vítima: _____ Nome completo da vítima: _____

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

Nome completo: _____ Profissão: _____ Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Bairro: _____ Número: _____ Complemento: _____
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo(s) assinalado(s), solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Família: ☐ Parentesco com a vítima Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____

Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e seguro de vida.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu _____ inscrito (a) no CPF/CNPJ _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____ inscrito
(a) no CPF sob o Nº _____ do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
_____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Assino a esta sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Numero	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	

_____ de _____ de _____
Local e Data



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☐ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

(Nome completo):

Profissão:

Endereço:

CPF:

Bairro:

Número:

Complemento:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Por meio desta declaração, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Situação civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Se a vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vitima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vitima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

Vitima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

☒ Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO RAILSON FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO**CPF/CNPJ:** 61281418382**Posição em 26-06-2019 10:29:13**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Boletim de ocorrência	Vitima	Não Conforme	
→ Declaração de únicos herdeiros	Representante	Não Conforme	MARINALVA BESERRA ALVES
→ Prova de companheirismo	Representante	Pendente	MARINALVA BESERRA ALVES
→ Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	MARIA ELINETE ALVES SOBRINHO
→ Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	RAILANE MARIA DE SOUSA SOBRINHO
→ Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	RAILSON FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO
→ Declaração de únicos herdeiros	Beneficiário	Não Conforme	FRANCISCO HENRIQUE ALVES

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT[https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)[l=pt&ls=1&mt=8\)](https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)[https://play.google.com/store/apps/details?](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)[id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

890 v. 1.0

BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA Nº: 316973.000022/2018-83

Unidade de Registro: DELEGACIA DE DEFESA DOS DIREITOS DA MULHER - Picos
Resposta Registro: Dayse Sobreira Dantas Ferreira

Data/Hora: 19/11/2018 - 07:00

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE SÃO LUIS DO PIAUÍ

Data/Hora

19/11/2018 - 00:10

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

SÃO LUIS DO PIAUÍ

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

LOCALIDADE PASSAGEM, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: EVERALDO FRANCISCO ALVES

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 564299078

Mãe: ALZIRA EMILIA DA CONCEICAO

Pai: FRANCISCO ALVES SOBRINHO

Endereço: RUA PROJETADA, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: BOCAINA

Telefone(s): 89-8811-9424

Nome: RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO

Tipo Envolv.: VITIMA FATAL

RG: 1793373

Mãe: ALZIRA EMILIA DA CONCEICAO

Pai: FRANCISCO ALVES SOBRINHO

Endereço: RUA VENANCIO DE HOLANDA, Nº

Bairro: CENTRO

Cidade: SÃO JOÃO DA CANABRAVA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Morte acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA INFORMAR QUE É IRMÃO DA VÍTIMA; QUE NA DATA E HORÁRIO MENCIONADOS OBTVEU QUE SEU IRMÃO HAVIA SOFRIDO UM ACIDENTE DE TRANSITO E PROVAVELMENTE JÁ ESTARIA SEM VIDA; QUE EVERALDO DIRIGIU-SE ATÉ O LOCAL, ONDE ENCONTROU UMA EQUIPE DA POLICIA MILITAR E CONSTATOU QUE RAIMUNDO DE FATO VEIO A ÓBITO NO MOMENTO DO ACIDENTE; QUE A VÍTIMA TRAFEGAVA NA SUA MOTOCICLETA QUANDO PROVAVELMENTE DESEQUILIBROU-SE E CAIU BATENDO A CABEÇA EM UMA PEDRA, POIS O MESMO ANDAVA COM UMA MESA NA GARUPA DA MOTOCICLETA; QUE A MOTOCICLETA UTILIZADA POR RAIMUNDO ERA DA MARCA HONDA, JÁ BEM ANTIGA, INCLUSIVE, O NOTICIANTE APRESENTOU SUA DOCUMENTAÇÃO, PORÉM O MESMO ENCONTRA-SE ILEGÍVEL DEVIDO DESGASTE CAUSADO PELO USO E TEMPO; QUE A AMBULÂNCIA DE SÃO LUIZ DO PIAUÍ TROUXE O CORPO ATÉ O HOSPITAL DE PICOS-PI, ONDE ENCONTRA-SE ATÉ O MOMENTO; ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

Dayse Sobreira Dantas Ferreira - Mat. 2865998
AGENTE DE POLÍCIA

Everaldo Francisco Alves
EVERALDO FRANCISCO ALVES - Noticiante
Responsável pela Informação



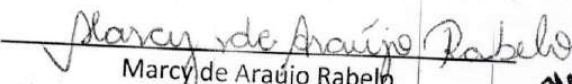
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO LUÍS DO PIAUÍ
CNPJ Nº. 01.850.545/0001-50
Avenida Luis Borges de Sousa - nº. 660 - Centro - Fone: (89) 3434-0049
CEP: 64.638-000 = São Luís do Piauí (PI)

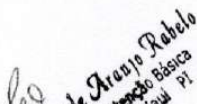
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que se fizeram direito e necessário, que no dia 19 de Novembro de 2018, o senhor **RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO**, nascido dia 08/01/1979, brasileiro, casado, lavrador, residente na rua Venâncio de Holanda, 167, bairro Centro, São João da Canabrava, portador do CPF: 032.506.813-50 e RG: 1.793.373 SSP-PI, sofreu acidente motociclistico na via pública, estrada vicinal, no município de São Luís do Piauí, por volta das 00:10 e foi socorrido pela ambulância municipal, sendo conduzido imediatamente ao serviço hospitalar de referência: Hospital Regional Justino Luz, na cidade de Picos- PI para receber o serviço de atendimento de urgência necessário, porém este serviço já o recebeu sem vida.

Sem mais para o momento, nos colocamos à disposição para maiores esclarecimentos.

São Luís do PI, 23 de Janeiro de 2019


Marcy de Araújo Rabelo
Coordenadora da Atenção Básica Municipal


Marcy de Araújo Rabelo
Coord. da Atenção Básica
São Luís do Piauí - PI





I	1 Tipo de óbito ☒ Fetal ☐ Não Fetal		2 Data do óbito 19/11/2018		3 Cartão SUS 206793156100000		4 Naturalidade São José do Rio Preto - SP	
	5 Nome do Falecido Raimundo Francisco Alves de Almeida		6 Nome da Mãe Francisca Alves de Almeida		7 Nome da Mãe Alma Evangelina de Almeida		8 Data de nascimento 08/01/1974	
	9 Idade 39		10 Sexo ☒ M - Masculino ☐ F - Feminino		11 Raça/Cor ☒ Branca ☐ Preta ☐ Amarela		12 Situação Conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☒ Viúvo	
II	13 Escolaridade (última série concluída) Nível ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado ou desempregado) Autônomo		15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Rua Venâncio de Almeida		16 Bairro/Distrito Centro	
	17 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Outros estab. saúde ☒ Domicílio ☐ Via pública ☐ Outros ☐ Aldeia indígena		18 Estabelecimento Vila que tem São João de Cardeal		19 Código CNES		20 Código CEP	
III	21 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.) Vila que tem São João de Cardeal		22 Bairro/Distrito Zona Rural		23 Município de ocorrência São João de Cardeal		24 UF	
	25 PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE 26 Idade (anos) 27 Escolaridade (última série concluída) Nível ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)		28 Tipo de gravidez ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais ☐ Ignorada		29 Tipo de parto ☐ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorado		30 Morte em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ignorado	
IV	31 Número de filhos vivos Nascidos vivos 99 Ignorado		32 Nº de semanas de gestação 99 Ignorado		33 Peso ao nascer 99 Ignorado		34 Número da Declaração de Nascimento Vivo	
	35 OBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL 36 A morte ocorreu ☐ Na gravidez ☐ No parto ☐ No aborto ☐ Até 42 dias após o término da gestação ☐ De 43 dias a 1 ano após o término da gestação ☐ Não ocorreu nestes períodos		37 ASSISTÊNCIA MÉDICA 38 Recebeu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte? ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado		39 DIAGNÓSTICO CONFIRMADO 40 Necropsia? ☐ Sim ☒ Não ☐ Ignorado		41 CID	
V	42 CAUSAS DA MORTE PARTE I Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte CAUSAS ANTECEDENTES Estados mórbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		43 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte b) Devido ou como consequência de c) Trauma contumelioso d) Acidente de trânsito		44 CARTÓRIO ÚNICO Borga Marinho, SP 3448-1246 AUTENTICAÇÃO Nº ABR-31962		45	
	46 PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal		47 Nome do Médico Hélio José de Almeida		48 CRM 5562		49 Óbito atestado por Médico ☐ Assistente ☐ Substituto ☒ IML	
VI	50 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.) (06) 99941-4541		51 Data do atestado 19/11/2018		52 Assinatura Dr. Hélio José de Almeida		53 Município e UF do SVO ou IML	
	54 PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informações de caráter estritamente epidemiológico) 55 Tipo ☒ Acidente ☐ Suicídio ☐ Infanticídio ☐ Homicídio ☐ Não		56 Descrição sumária do evento Vítima de acidente motorístico após perder o controle do veículo		57 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc.) Vila que tem São João de Cardeal		58 Bairro/Distrito Zona Rural	
VII	59 Cartório		60 Registro		61 Data		62	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO

CPF

032.506.813-50

MATRÍCULA

079590 01 55 201 : 4 00048 229 0014068- 91

(LIVRO C: 48 - LRMO: 14068 FOLHA: 229)

SEXO: MASCULINO COR: BRANCA ESTADO CIVIL: SOLTEIRO, 39 ANOS

NATURALIDADE: SÃO JOSÉ DO PIAUI DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO: RG 1793373 SSP-PI ELEITOR: SIM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA: FILIAÇÃO: FRANCISCO ALVES SOBRINHO e ALZIRA EMILIA DA CONCEIÇÃO
RESIDÊNCIA: RUA VENANCIO DE HOLANDA, CENTRO, SÃO JOÃO DA CANABRAVA-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO: DEZENOVE DO MÊS DE NOVEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 00:10 DIA: 19 MÊS: 11 ANO: 2018

LOCAL DE FALECIMENTO: LOCALIDADE BORRACHAS, SÃO LUIS DO PIAUI

CAUSA DA MORTE: INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA, TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE, TRAUMA CONTUNDENTE, ACIDENTE DE TRANSITO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido): CEMITÉRIO BOIMANSO - SÃO JOÃO DA CANABRAVA-PI DECLARANTE: DEUZELI ALZIRA DA CONCEIÇÃO

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO: HESIO JOSÉ DE MOURA DOS ANJOS - 5568 PI

ADICIONAIS/ANOTAÇÕES A ACRESCER: SEM INFORMAÇÃO

ANOTAÇÕES DE CADASTRO:

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	RG 1793373	19/07/1996	SSP PI	

Nome do Ofício: 1º Ofício do Registro Civil e 4º Ofício de Notas

Oficial

Registrador: JOSÉ GOMES DO RÊGO NETO

Município: PICOZ-PI

Endereço: TRAVESSA FIRMINO RODRIGUES Nº 311 CENTRO

Telefone: (89) 3422-1041

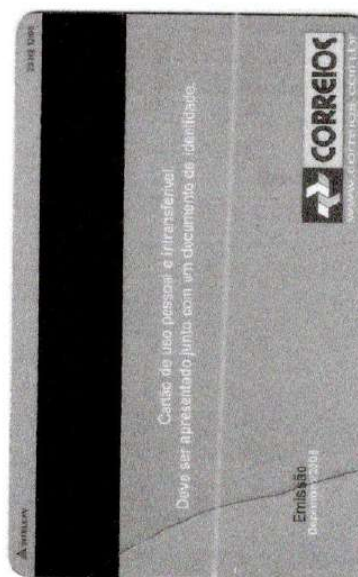
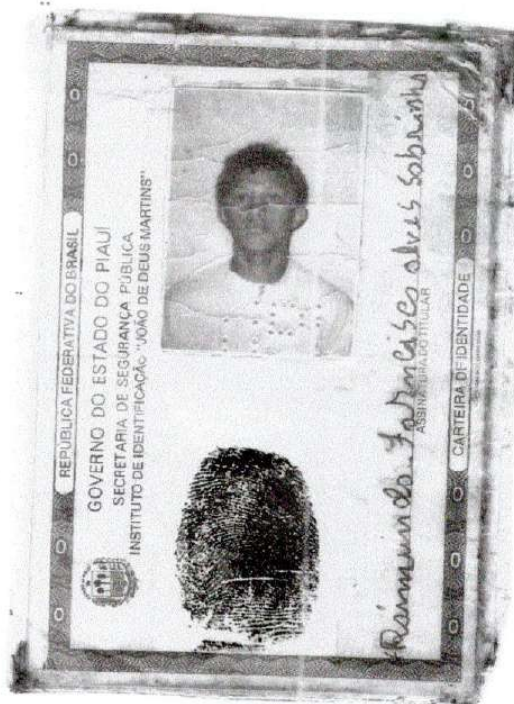
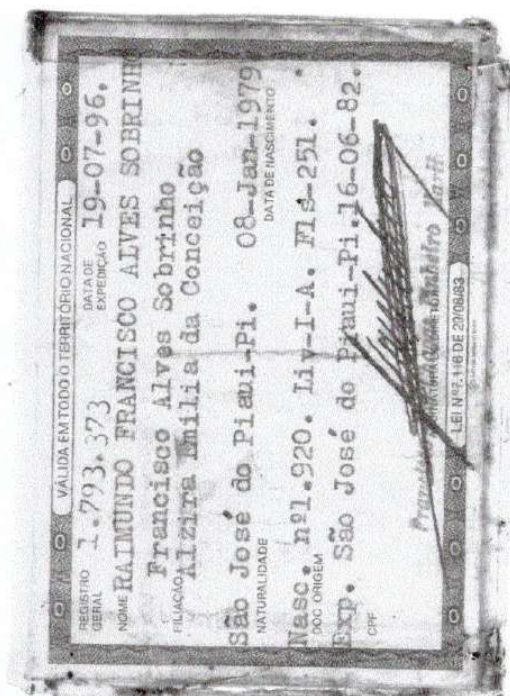
E-mail: 4oficiopicos@gmail.com

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

Rauliano Mendes de Aguiar
Assinatura do Oficial



ARPENBRASIL AA 011546261 BRP



TALÃO N.º _____

PÁGINA _____

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

Estado de Piauí
Comarca de Picos
Município de São José do Piauí
Distrito de São José do Piauí

NASCIMENTO N.º 1.920

CERTIFICO que às folhas 2
de Nascimento foi feito hoje, o assento
do livro N.º I-A, do Registro
de Raimundo Francisco Alves Sobrinho

nascido aos 08 de maio de mil novecentos e
setenta e dois (1972) no município de Picos deste Estado

filho de Francisco Alves Sobrinho do sexo masculino
natural de Caldeirão dos Luiz Pinho
e de Dona Alzira Emilia da Costa
natural de Caldeirão dos Luiz Pinho

São avós paternos João Alves F.
e Dona Maria Santa da Conceição
e avós maternos Aníbal Francisco
e Dona Emilia Vicência da Conceição de Sousa

Foi declarante a Genitoria

e assinaram de testemunhas
Marcelo Condulino Neto

Observações:

O referido é verdade e do
Santo José do Piauí (PI).

16 de junho de 1982.

Antonio Cândido Bezerra
OFICIAL

CARTÓRIO ÚNICO
Praça Borges Marinho, S/Nº
CEP: 64.630-000 (89) 3448-1246
Bocaina-PI



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CARTÓRIO ÚNICO
Praça Borges Marinho, S/Nº
CEP: 64.630-000 (89) 3448-1246
Bocaina-PI

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME

MARIA ELINETE ALVES SOBRINHO

CPF
052.280.113-74

MATRÍCULA

148379 01 55 2000 1 00007 171 0005110- 44

(LIVRO A: 7 TERMO: 5110 FOLHA: 171)

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

SEIS DO MÊS DE JUNHO DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E NOVENTA E OITO

DIA MÊS ANO
06 06 1998

HORA DE NASCIMENTO
05:00

NATURALIDADE
PICOS-PI

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
BOCAINA-PI

LOCAL, MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

HOSPITAL REGIONAL JUSTINO LUZ, PICOS/PI

SEXO
FEMININO

FILIAÇÃO

MARINALVA BESSERRA ALVES, natural de MARANHENSE, residente e domiciliada no(a) SÃO JOÃO DA CANABRAVA-PI
RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO, natural de PIAUIENSE, residente e domiciliada no(a) SÃO JOÃO DA CANABRAVA-PI

AVÓS

MARIA ESMERALDA BEZERRA
JOSÉ DEJALMA BARROS ALVES
ALZIRA EMÍLIA DA CONCEIÇÃO
FRANCISCO ALVES SOBRINHO

GÊMEOS

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

NÃO

SEM INFORMAÇÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

DEZESSEIS DO MÊS DE MARÇO DO ANO DE DOIS MIL

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
SEM INFORMAÇÃO

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES A ACRESCE

SEM INFORMAÇÃO

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ORGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	3840493	12/12/2012	SSP / PI	

* As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL

OFICIAL

REGISTRADOR: GALDENOR BARBOSA DA SILVA

MUNICÍPIO/UF: BOCAINA-PI

ENDEREÇO: PRAÇA BORGES MARINHO S/N. CENTRO

TELEFONE: (89)3448-1246 89-8815-4207

E-MAIL:

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: BOCAINA PI, 29 de Novembro de 2018.

Galdenor Barbosa da Silva

Assinatura do Oficial

Emolumentos pagos	Cartório	Fornecedores	Selo	Total R\$
2ª Via de nascimento, além da busca	16,30	9,28	0,26	19,93

2ª VIA



CERTIDÃO
93461

CARTÓRIO ÚNICO
Praça Borges Marinho, S/Nº
CEP: 64.630-000 (89) 3448-1246
Bocaina-PI

CGS-AAA-01525685



DIOCESE DE PICOS

Rua Padre Madeira, 380
Fone: 422-1203
64.600-000 - Picos - PI.



Comprovante de Casamento

Aos 23 de junho de 19 2000

casaram-se os nubentes Raimundo Francisco Alves Sobrinho
e Marinalva Bezerra Alves

Ele filho de Francisco Alves Sobrinho
e de Alzira Emília da
Conceição

Ela filha de José Dejalma Barros Alves
e de Maria Esmeralda
Bezerra

Perante o padre Manoel Antônio de Moura

e as testemunhas

e

Paróquia de São José Operário

Manoel Antônio de Moura
Pároco

Obs: Não vale como certidão.

Código Cliente 3812 SJ RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO		CPF/CNPJ 032.506.813-50	IE/RG ISENTO	Dt.Nasc. 08/01/1979	Tp.(FJ) F	Est.Civil
Endereço RUA JOAO DE HOLANDA		Bairro CENTRO	Cidade SAO JOAO DA CANABRAV	UF PI	CEP 64635-000	
Telefone-1 (89)3429-1106	Telefone-2	E-Mail alexvianaap@hotmail.com	T.P. do Cliente	N.Contrato		
Dados Profissionais Empresa		Endereço	Bairro	Profissão LAVRADOR	Salário	Telefone Coml.
Dados do Conjuge Nome MARINALVA BESERRA ALVES		CPF/CNPJ 01408777380	IE/RG 2372391	Dt.Nasc.		
Empresa		Endereço	Bairro	Profissão LAVRADORA	Telefone Coml.	Salário
Crédito do Cliente Cheque CH		Vi.Limite 1500	Dt.Cadastro 03/02/2009	Bloq. N	Dt.Bloq.	Cadastrante
SPC		Referências				Telefone

08.699.149/0001-127
Alex Gonçalves Sousa Viana
Rua Padre Cicero Santos, 847
CEP 64.600-100 - Picos-PI

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



CARTÓRIO ALMIR SILVA
ESTADO DO MARANHÃO

MUNICÍPIO E COMARCA DE BARRA DO CORDA

João Pedro Freitas da Silva
Oficial do Registro Civil

Iolanda Nepomuceno Silva
Escritva Substituta

NASCIMENTO N.º 60.691

CERTIFICO que, às folhas 29581 do livro n.º 120 A de Registro de Nascimento foi lavrada hoje o assento de Marinalva Bezerra Alves, nascida a 10 de Maio de 1982 às 18 horas e 00 minutos, em Valéria, n.º Município

, do sexo feminino e cor morena filha de Homê Natural de Piauí e de Dona Maria Emeralda Bezerra Natural de Maranhão casados em Sendo avós paternos e Dona Maria José de Brito e maternos e

Dona Wilhemena Bezerra

Foi declarante o Pai

e serviram de testemunhas Jessequinho Oliveira Nepomaceno e Amândeo Gomes de Sousa

Observações: Este assento foi lavrado de acordo com o

O referido é verdade e dou fé.

Barragem do Corda, 17 de Agosto de 1982

Oficial

CARTÓRIO ALMIR SILVA
COMARCA DE BARRA DO CORDA - MA
JOÃO PEDRO FREITAS DA SILVA
CPF N.º 000.051.052-04
IOLANDA NEPOMUCENO SILVA
ESCRITVA SUBSTITUTA

ESTADO DO PIAUI
COMARCA DE BOCAINA
MUNICÍPIO DE BOCAINA
DISTRITO DE BOCAINA

Praça Borges Marinho, s/n, Centro
CEP: 64630-000 TEL: (0**86) 448-1187

GALDENOR BARBOSA DA SILVA
Oficial TITULAR do Registro Civil

CERTIFICADO que às fls. 74 do Livro A2-AUX sob nº de Ordem 5.793 foi lavrado o assento de nascimento de FRANCISCO HENRIQUE ALVES :x:x:x:x:x:x:
:x:x:x:x:x:, do sexo masculino, nascid(o) no dia nove (09)
de março de dois mil e um (2001) :x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:x:
às 2:10 horas em Picos-PI. (Casa de Saúde São José) filia
de Raimundo Francisco Alves Sobrinho e Marinalva Beserra
Alves :x:x:x:x:x:x:x:x:x:. Sendo avós paternos, Francisco Alves
Sobrinho :x:x:x:x:x:x: c Alzira Emília da Conceição :x:x:x:x:x:x:
:x:x:x:x:x:x:x:x: e avós maternos, José Dejalma Barros Alves :x:x:x:x:
e Maria Esmeralda Beserra :x:x:x:x:x:x:x:x: O assento foi lavrado
em 08 de maio de 2002, tendo sido declarante o genitor- e serviram de
testemunhas José Marting de Sousa e Evêrton Válder
da Silva :x:

OBSERVAÇÕES: nada há a ressaltar

O REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Bocaina(PI), 08 de maio de 2002

Serventia Oficializada

OFFICIAL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE BOCAINA - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO E REGISTRO CIVIL
Praça Borges Marinho, s/n - Centro - CEP: 64630-000 - Fone/Fax: (89) 3448-1246

Galdenor Barbosa da Silva
Escrivão Judicial
Paulo Sérgio Rodrigues Leite
Escrivente Cartorário

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, no livro A - 08, à fl. 122v, sob n.º - 6.702, está registrado o assento de **RAILANE MARIA DE SOUSA SOBRINHO** do sexo-FEMININO, nascida no dia vinte e cinco de outubro do ano de mil novecentos e noventa e quatro (25/10/1994), às dezesseis horas (16:00), no Hospital Regional Justino Luz, na cidade de Picos - PI.

Filha de **RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO** e **LUSILENE MARIA DE SOUSA**

São avós paternos: FRANCISCO ALVES SOBRINHO e ALZIRA EMILIA DA CONCEIÇÃO

São avós maternos: FRANCISCO SEBASTIÃO DE SOUSA e MARIA LUZIA DE SOUSA

Foi declarante o GENITOR. Registro feito em seis de março do ano de dois mil e sete (06/03/2007).

O referido é verdade e dou fé.

Bocaina (PI), 06 de março de 2007.

Paulo Sérgio R. Leite
OFICIAL



Eventuais erros ou omissões deverão ser comunicados ao cartório dentro de 24 horas, para retificações.
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, SEM EMENDAS E/OU RASURAS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO PIAUÍ
COMARCA DE BOCAINA - CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO E REGISTRO CIVIL
Praça Borges Marinho, s/n - Centro - CEP: 64630-000 - Fone/Fax: (89) 3448-1246

Galdenor Barbosa da Silva
Escrivão Judicial
Paulo Sérgio Rodrigues Leite
Escrevente Cartorário

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que, no livro A - 00, à fl. 122v, sob n.º - 6.704, está registrado o assento de RAILSON FRANCISCO DE SOUSA SOBRINHO do sexo MASCULINO, nascido no dia quatorze de outubro do ano de mil novecentos e noventa e sete (14/10/1997), às quatorze horas e trinta minutos (14:30), no Hospital Regional Justino Luz, na cidade de Picos - PI.

Filha de RAIMUNDO FRANCISCO ALVES SOBRINHO e LUSILENE MARIA DE SOUSA

São avós paternos: FRANCISCO ALVES SOBRINHO e ALZIRA EMILIA DA CONCEIÇÃO

São avós maternos: FRANCISCO SEBASTIÃO DE SOUSA e MARIA LUZIA DE SOUSA

Foi declarante O GENITOR. Registro feito em seis de março do ano de dois mil e sete (06/03/2007).

O referido é verdade e dou fé.

Bocaina (PI), 06 de março de 2007.

Paulo Sérgio R. Leite
OFICIAL



Eventuais erros ou omissões deverão ser comunicados ao cartório dentro de 24 horas, para retificações.
VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, SEM EMENDAS E/OU RASURAS