



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

MATRÍCULA
078980 01 55 1974 2 00006 219 0001254- 68

(LIVRO B: 5 TERMO: 1254 FOLHA: 219)

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

FRANCISCO MARQUES FONTENELE, BRASILEIRO, NASCIDO EM BURITI DOS LOPEZ-PI, EM VINTE (20) DO MÊS DE JUNHO (06) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E TRÊS (1953), FILHO DE FRANCISCO MOREIRA FONTENELE E ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE.

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NASCIDA EM CAMPO MAIOR-PI, EM NOVE (09) DO MÊS DE JANEIRO (01) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E CINCO (1955), FILHA DE ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA.

DATA DE REGISTRO POR EXTESSO

PRIMEIRO DO MÊS DE NOVEMBRO DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E SETENTA E QUATRO

DIA MÊS ANO
01 11 1974

REGIME DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/AVERAÇÕES

CUMPRINDO O DISPOSTO NO ARTIGO DA LEI 6.015/73, COMUNICO-VOS QUE NO LIVRO C- 106, FLS- 260, SOB O NÚMERO 55988, FOI REGISTRADO O ASSENTO DE ÓBITO DE FRANCISCO MARQUES FONTENELE. DATA DO ÓBITO 12/04/2018.

NOME DO ÓFICIO: 3º ÓFICIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAUJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO

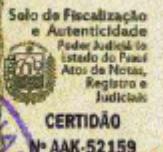
Encolamentos pagos	Cartório	Fornecido	Selo	Total R\$
2ª Via de casamento, com averbação, além da busca	33,68	6,57	0,25	30,88

2ª VIA

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dado N.
Data e local: TERESINA, PI, 23 de Abril de 2018.

Assinatura do Oficial

IVone Araujo Lages
Oficiala Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina - PI



CERTIDÃO
Nº AAK-52159



ARSENALBRASIL AA 009272986 BRP

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RENATO ARAUJO FONTENELE

Nº Sinistro: 3180476558

Vitima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180476558**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

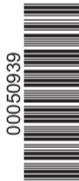
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RENATO ARAUJO FONTENELE

Nº Sinistro: 3180476558

Vitima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180476558**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Carta nº: 13592874

A/C: RENATO ARAUJO FONTENELE

Nº Sinistro: 3180476558
Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE
Data do Acidente: 08/04/2018
Cobertura: MORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RENATO ARAUJO FONTENELE

Valor: R\$ 2.250,00

Banco: 237

Agência: 000002120-2

Conta: 000000530457-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

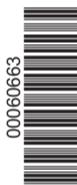
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

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

Recebedor: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

Valor: R\$ 2.250,00

Banco: 104

Agência: 000002004

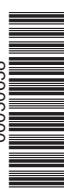
Conta: 0000089416-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

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

Recebedor: RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

Valor: R\$ 2.250,00

Banco: 104

Agência: 000000855

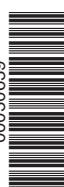
Conta: 00000112981-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: JOSUE SILVA NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do seu comprovante de residência, pois não foi entregue.
Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto dos Dados Cadastrais e da Declaração de Únicos Beneficiários, sem rasuras, pois o entregue está incompleto/incorrecto.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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 pagamento.

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

10 OUT. 2018

RECEBIDO

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 (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").

Nome da vítima no ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

269.399.593.00

FRANCISCO MARCENEIRO FONTELE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Renato Azevedo Fontenele	012.477.613.20	MARCENEIRO
Endereço	Telefone	Complemento
Avenida Prefeito Hélio Bazzo	7021	
Centro	Estado	CEP
Valé doce Tere	PT	64057.390
		Telefone: (080)
		1861 99522-5672

Quero, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider, DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RENDIMENTO INFERIOR	SEM RENDA
R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> ATL R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Só tenho conta em bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRASIFICO (237) | BANCO DO BRASIL (001) | ITAU (441)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

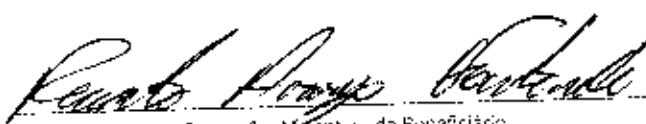
AGÊNCIA CONTA DDI

BANCO	AGÊNCIA	CONTA
BRASIFICO	2120	2.0530457.1
AGÊNCIA N.º	DDI	DDI

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

Teresina 26 de Setembro de 2018

Lugar e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURODOR
BBMAFPRE



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 entre 16 e 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 de Sinistro ou ASL

CPF da vítima

269.399.593-00

Nome completo da vítima

FRANCISCO MARQUES Fontenelle

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF/título da conta	Profissão
Renato Araujo Fontenelle	012.447.613-20	MARceneiro
Endereço	Número	Complemento
Av. Prefeito Hugo Bastos	7021	
Bairro	Estado	CEP
Vale Dourado	PI	64054-350
Email	Telefone (DDD)	
renato.modulados@gmail.com	(66) 99522-5672	

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 de comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (23/1) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

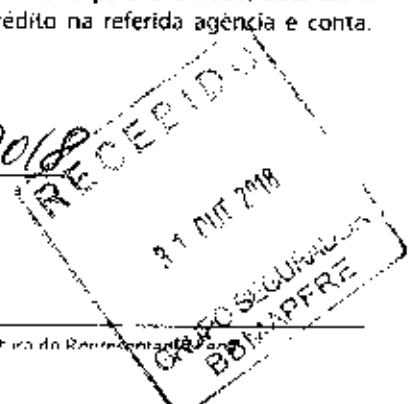
AGÊNCIA N.º: DV: CONTA N.º: DV:
(Inserir dígitos se existir) (Inserir dígitos se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: N.º: DV:
AGÊNCIA N.º: DV: CONTA N.º: DV:
(Inserir dígitos se existir) (Inserir dígitos 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.

Renato Araujo Fontenelle
Local e Data





Bradesco

00000000000000000000000000000000



5090 0030 7302 1101

01/22 2020 05204571 01 00

RENATO ARAUJO PONTENELA

elo

RECEBIDO
31/07/2018
GRUPO SEGURANÇA
BANAMEIRA



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 entre 16 e 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 ASL **3180476558** | CPF da Vítima **269.399.593-00** | Nome completo da vítima **Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle	CPF/Lítilular da conta 026.374.673-60	Profissão motorista
Endereço RUA 36 BARRA VELHA	Número 1089	Complemento
Bairro Uma Onobuai	Cidade Fezesina	Estado PR
Email 	Telefone (DDD) (41) 99544-1066	CEP

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

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

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

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

AGÊNCIA NRO.

2004

D/V

CONTA NRO.

D/V

013 00089416-7

(Inserir dígito se existir)

CONTA-CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

(Inserir)

NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir 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.

Tenesina 13 de novembro de 2018

Local e Data

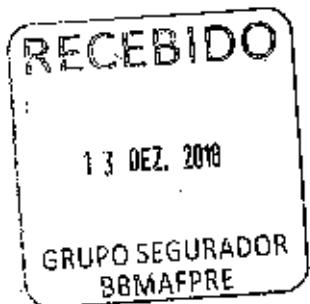
13 DEZ. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle

Fórum 1 - Assinatura do Beneficiário

Fórum 2 - Assinatura do Representante Legal





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 entre 16 e 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 ASL
3180476558

CPF da Vítima
269.399.593.00

Nome completo da vítima
Francisco Araújo Fontenelle

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Araújo Fontenelle	CPF titular da conta 003.896.113.01	Profissão Articulador
Endereço Rua Major Manuel Lopes	Número 1753	Complemento
Bairro Morungaba Sol	Cidade Teresina	Estado PI
E-mail 	CEP 64.056.363	Telefone (DDD) 081 38146-6625

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

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA NRO. **0855** DV **013** CONTA NRO. **00112981-4** DV
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ MIO _____

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
(Informar dígito se existir) (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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

13 DEZ. 2018

Francisco 13 de Novembro de 2018

Local e Data

RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Francisco Araújo Fontenelle

Firmas 1 - Assinatura do Beneficiário

Firmas 2 - Assinatura do Representante Legal





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 entre 16 e 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 ASL **3180476558** | CPF da Vítima **269.399.593-00** | Nome completo da vítima **Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle	CPF/Lítilular da conta 026.374.673-60	Profissão motorista
Endereço RUA 36 BARREO VELHO	Número 1089	Complemento
Bairro Uma Onobuai	Cidade Fezesina	Estado PR
Email 	Telefone (DDD) (41) 99544-1066	CEP

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

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

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

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

AGÊNCIA NRO.

2004

D/V

CONTA NRO.

013 00089416-7

D/V

(Inserir dígito se existir)

CONTA-CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

(Inserir)

NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir 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.

Tenesina 13 de novembro de 2018

Local e Data

13 DEZ. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle

Fórum 1 - Assinatura do Beneficiário

Fórum 2 - Assinatura do Representante Legal





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 entre 16 e 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 ASL
3180476558

CPF da Vítima
269.399.593.00

Nome completo da vítima
Francisco Araújo Fontenelle

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Araújo Fontenelle	CPF titular da conta 003.896.113.01	Profissão Articulador
Endereço Rua Major Manuel Lopes	Número 1753	Complemento
Bairro Morungaba Sol	Cidade Teresina	Estado PI
E-mail 	CEP 64.056.363	Telefone (DDD) 081 38146-6625

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

<input type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

AGÊNCIA NRO. **0855** DV **013** CONTA NRO. **001129814** DV
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ MIO _____

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
(Informar dígito se existir) (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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

13 DEZ. 2018

Francisco Araújo Fontenelle

Local e Data

RECEBIDO

**GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE**

Francisco Araújo Fontenelle

Firmas 1 - Assinatura do Beneficiário

Firmas 2 - Assinatura do Representante Legal





**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 <https://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 entre 16 e 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 ABL: **3180476558** CEP da Vítima: **269.399.593.00** Nome completo da vítima: **Francisco Marques Fontenelle**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF	Profissão
MARCUS antônio rani rodrigues fontenelle	026.874.683.60	funcionário
Endereço	Número	Complemento
Rua maton manuel Lopes 1753	1753	
Bairro	Estado	CEP
maracaja do Sol	PI	64.056.363
Email	Telefone (DDD): 86 98146-6625	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRADESCO (251) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (541)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **2004** DV **013** CONTA NRO. **00089416-7**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO	Nome	NRO.
AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO.
Informar dígito se existir		Informar dígito se existir

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

Francisco, 10 de Janeiro de 2019

Local e Data

Francisco, 10 de Janeiro de 2019

Assinatura do beneficiário

Assinatura do beneficiário

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
31080476558

3 - CPF da vítima:
26939959300

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO MARQUES FONTELE

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

5 - Nome completo:

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

6 - CPF:
035.814.343-85

7 - Profissão:

RECLCLADORA

8 - Endereço:
RS ngico, s/n, qd-aa, bl-08, ap-601

9 - Número:
s/n

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PORTAL DA ALEGRIA

12 - Cidade:

TERESINA

13 - Fazenda:

PI

14 - CEP:

64037-430

15 - E-mail:

josuencves80@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, informar uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0578

CONTA: 00011869

4

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de mina titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quinze (15) dias do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 (IM) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 assinalado, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 39, § 5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao seu direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data de óbito da vítima: 12/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Víma de seu companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima é filha de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Víma: Sim Não

29 - Se tem filhos, informar

teve filhos?

Não

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Víma deixou

residência familiar?

Sim

Não

31 - Víma

teve intelecto?

Sim

Não

32 - Se tem irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Víma deixou

país/está vivo?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estarão sujeitos, ainda, de que qualquer emissão da documentação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impossível
digitar
o nome
do beneficiário
que assina

35 - Nome legível de quem assina a foga/á pedido

36 - CPF legível de quem assina a foga/á pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a foga/á pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TERESINA, 29 DE AGOSTO DE 2019

Lucia maria Rodrigues de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL			
INSTITUTO GERAL	2.042.024	DATA DE EXPEDIÇÃO	11/10/18
NOME: JOSUÉ SILVA NEVES			
FILIAÇÃO: MARIA ALDEIDE SILVA NEVES JUAREZ CORDEIRO NEVES			
NATURALIDADE: IGARAPÉ GRANDE-MA	DATA DE EMISSÃO: 20/05/1980		
DNI: 014478 CERT. NASC. 23678 L 42 F 108 EXP. IGARAPÉ GRANDE-MA 23/01/14 CPF 643.121.353-04			
Assinatura do Titular			
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

MATRÍCULA
078980 01 55 1974 2 00006 219 0001254- 68

(LIVRO B: 5 TERMO: 1254 FOLHA: 219)

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

FRANCISCO MARQUES FONTENELE, BRASILEIRO, NASCIDO EM BURITI DOS LOPEZ-PI, EM VINTE (20) DO MÊS DE JUNHO (06) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E TRÊS (1953), FILHO DE FRANCISCO MOREIRA FONTENELE E ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE.

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NASCIDA EM CAMPO MAIOR-PI, EM NOVE (09) DO MÊS DE JANEIRO (01) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E CINCO (1955), FILHA DE ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA.

DATA DE REGISTRO POR EXTESSO

PRIMEIRO DO MÊS DE NOVEMBRO DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E SETENTA E QUATRO

DIA MÊS ANO
01 11 1974

REGIME DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/AVERAÇÕES

CUMPRINDO O DISPOSTO NO ARTIGO DA LEI 6.015/73, COMUNICO-VOS QUE NO LIVRO C- 106, FLS- 260, SOB O NÚMERO 55988, FOI REGISTRADO O ASSENTO DE ÓBITO DE FRANCISCO MARQUES FONTENELE. DATA DO ÓBITO 12/04/2018.

NOME DO ÓFICIO: 3º ÓFICIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAUJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO

Encolamentos pagos	Cartório	Fornecido	Selo	Total R\$
2ª Via de casamento, com averbação, além da busca	33,68	6,57	0,25	30,88

2ª VIA

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dado N.
Data e local: TERESINA, PI, 23 de Abril de 2018.

Assinatura do Oficial

IVone Araujo Lages
Oficiala Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina - PI



ARSENALBRASIL AA 009272986 BRP
SISTEMA INTEGRADO DE AUTENTICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO PÚBLICA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE

MATRÍCULA
078980 01 55 2018 4 00105 260 0055989- 87
(LIVRO C: 105 TERMO: 55989 FOLHA: 260)

RECEBIDO

10 OUT. 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

SEXO
MASCULINO

COR
PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE
CASADO, 64 ANOS

NATURALIDADE

BURITI DOS LOPEZ-PI

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

RG-218.487 SSP-PI CPF nº 26939958300

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

FILIAÇÃO: FRANCISCO MOREIRA FONTENELE E ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE
RESIDÊNCIA: AVENIDA PREFEITO HUGO BASTOS, N° 7021, BARRA VALE QUEM TEM, TERESINA-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DOZE DO MÊS DE ABRIL DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 16:20

LOCAL DE FALECIMENTO

HUT- HOSPITAL ZENON ROCHA, TERESINA-PI

CAUSA DA Morte

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, EDEMA CEREBRAL, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE, TUBERCULOSE, PULMONAR.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (NÚMERO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

CEMITÉRIO SANTO ANTONIO, EM TERESINA-PI

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

JOAO BOSCO PARENTES VIEIRA - 1399 PI

OBSERVAÇÕES/AMERBAÇÕES

SEM INFORMAÇÃO

NOME DO ÓRGÃO: 3º ÓRGAO DO REGISTRO CIVIL

ÓRGÃO: 3º ÓRGAO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO

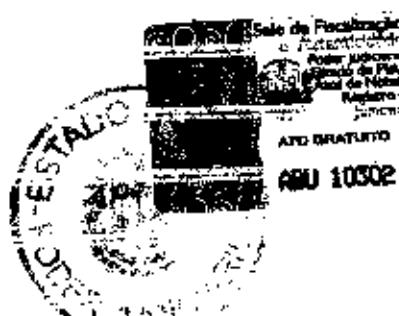
ELEITOR
SIM

DIA MÊS ANO
12 04 2016

DECLARANTE
RENATO ARAÚJO FONTENELE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dado à
data e local: TERESINA-PI, 23 de Abril de 2016.

Marcelo Lacerda Araújo Lages
Oficial da Substituição
do Certidão do Registro Civil
Teresina - PI



ARLENBRASIL AA 009272983 BRP

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1103	02 Data do chamado 08/09/2018	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 1920	05 Chegada ao local 1940	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 1103	07 Chegada ao 1º hospital 2032	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Ipiranga	11 Bairro Bairro Santo	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE		
	13 Ponto de referência Posto Ipiranga					
	14 Nome Fábio Marques Fontenele	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado				
	16 Idade 65	1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? Se idade ignorada, preencha com 999	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
Exame Físico	19) Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20) Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21) Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22) Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Assistência	23) Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24) Sinais Vitais Pulso <input type="checkbox"/> Resp. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TAX. <input type="checkbox"/> SatO2 <input type="checkbox"/>	25) Local da lesão	
Hospital de Gestão	26) Pupilas 1- Iguais <input type="checkbox"/> 2- Desiguais <input type="checkbox"/>	27) Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio <input type="checkbox"/> 2- Fino <input type="checkbox"/> 3- Ausente <input type="checkbox"/>	28) Sangramento <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/>	29) Dor <input type="checkbox"/> 0 Sem Dor <input type="checkbox"/> 1 Leve <input type="checkbox"/> 3 Moderada <input type="checkbox"/> 7 Intensa <input type="checkbox"/> 10	30) ESCALA DE DOR DE 0 A 10 Fratura 1- Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/> 3- Suspeito <input type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente sonolento, trazia uma face escoriada com um mordida, suspeito de bebida alcoólica.</p> <p>O mesmo relatou ter 65</p>					RECEBIDO 10 OUT. 2018 GRUPO SECUR BBM AFPR Márcia Veloso Contente Gerente Administrativa SAMU
	31) Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c)					
	32) Hospital de Destino HNT					
	33) Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>	34) Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes de socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>				
	<p>Paciente sonolento, trazia uma face escoriada com um mordida, suspeito de bebida alcoólica.</p> <p>O mesmo relatou ter 65</p>					CONFIRA COM O ORIGINAL Márcia Veloso Contente Gerente Administrativa SAMU
	Atendente: <input type="checkbox"/> Enfermeiro: <input type="checkbox"/> Enfermeiro: <input type="checkbox"/> 1-2018-09-08 Responsável pela recepção: <input type="checkbox"/>	Socorristas Médico: <input type="checkbox"/> AEPE: <input type="checkbox"/> Condutor: <input type="checkbox"/>	Enfermeiro: <input type="checkbox"/> Condutor: <input type="checkbox"/>	<p>Reginaldo</p> <p>Reginaldo</p>		

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: 26/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000089416-7

Nr. da Autenticação AD4430C1AF99981F

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: 26/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO DE ARAUJO FONTINELLE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000112981-4

Nr. da Autenticação 2BE161EC63CB4169

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO ARAUJO FONTENELE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02120-2

CONTA: 000000530457-1

Nr. Autenticação

BRADESCO9112018050000000002370212000000530457225000 PAGO

CONSUMO DE ENERGIA - 21/08/2018
CÓDIGO DE LEITURA: 1049
DATA DE LEITURA: 21/08/2018
DATA DE VENCIMENTO: 28/08/2018
VALOR TOTAL: R\$ 92,29
VALOR PAGO: R\$ 92,29

DATA DE LEITURA: 010089291
DATA DE VENCIMENTO: 28/08/2018
VALOR TOTAL: R\$ 92,29

AGOSTO/2018

28/08/2018

1049

92,29

RENATO ARAUJO FONSECA
AV HUGO BASTOS 7021 LOTE: 02 CASA 16/1 VALE QUEM TEM
CPF: 00001247761320
CEP: 64.057-390 - TERESINA

DADOS DA LEITURA:		VALOR:	DATA:
Leitura	1049		21/08/2018
Leitura	1007		19/07/2018
Consumo Mínimo	1.000		21/09/2018
Consumo Mínimo	42		20/08/2018
Consumo Faturado	100	FCAM	22/08/2018

MÍNIMO

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO/DOA:		VALOR:	DATA:
Comercial	TRI	D185928	3.1.3.3 53

LISTA DE VLR:		DETALHAMENTO:	VALOR:
JUL/18	43	CONSUMO 100 A R\$ 0,831277 =	83,12
JUN/18	52	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	7,25
MAR/18	45	CORRECAO MONETARIA TG 07/18-00	0,14
ABR/18	64	MUITA PDR ATRASO 07/18-00	1,67
MAR/18	65	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00	0,11
FEV/18	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,99
JAN/18	0		
DEZ/17	0		
NOV/17	0		
OUT/17	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
100 - R\$ 8,684000			

MENSAGEM INFORMATIVA / AVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0890 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15 16 17 18 25 26 27
PAGUE A TARIFA SEM TRIBUTOS

REC. N.º DA FICOU: 6832_11EF_8C1A_AB80_279D_6945_6106_C69E

VALOR FISCAL DA LEITURA:		VALOR FISCAL DA LEITURA:
1049	17,26	83,12
1007	32,79	22,00%
1.000	5,15	18,28
42	5,22	0,78
	22,70	3,64

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE:

5,08 10,15 20,30 3,43 6,85 13,70 2,86
0,00 0,00 0,00

TERESINA 08/2018 29,16

Eletrobras
Distribuição e Serviços

1559661-3

92,29

08/2018

28/08/2018

08/2018

28/08/2018

RECEBIDO

10 AGT 2018

**GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE**

SEQ.: 00125 UC: 1559661-3 DT.LEIT.: 21/08/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 1049 MÍNIMO TOTAL: 92,29 CARGA: 027
DT.VENC.: 28/08/2018 ERREG.: 600 COLETOR: 2241

Nº da Nota Fiscal 015534665

CONTENEDOR	VENCIMIENTO	CONSUMO (kg/m3)	IMPUESTA (PESOS)
DEZENAS/2018	01/01/2019	30	20.00

FRANCISCA DAS CHAGAS ARAUJO SA
R. M. MANDEL LOPES 1753 1763 HORADA DO 508
CPF: 0005525211320
CEP: 64.056-363 - TERESINA

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Altura	2660	Altura	24/12/2018
Altura	2660	Altura	26/11/2018
Constante de Multiplicação:	1.000	Primeira Leitura:	22/01/2019
Corrente Média:	8	Última:	21/12/2018
Consumo Referência:	2660	Faturamento:	

RESIDENCIAL		MONS	41672746	00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000	00000000000000000000000000000000
HISTÓRICO kWh		BEM VINDO AO CLUBE				
Mês/Ano Consumo		CONSUMO	30 A R\$ 0,668264 =	20,04	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,04
NOV/18	74					
DEZ/18	30					
SET/18	30					
AGO/18	30					
DEZ/18	30					
JUN/18	30					
MAR/18	128					
ABR/18	157					
MAR/18	113					
FEV/18	233					
DEZ/18	310					
DEZ/18	241265					

REAJUSTE DE PREÇOS DE VENDA DE VEÍCULOS
Mês/Ano Valor R\$ Estado provisório subiu o percentual de inflação entre os
11/2018 15.24% 2018/2019 para os veículos de passeio e
de carga. O resultado é o seguinte:
Preço de Venda
Anterior: R\$ 10.000,00
Novo: R\$ 11.524,00
Aumento: R\$ 1.524,00
Percentual: 15,24%
REAJUSTE DE PREÇOS DE VENDA DE VEÍCULOS
DE RESOLUÇÃO ANEEL 2 - 2018/2019
LIGUE 8600 825-8600 E FAÇA SUA PESQUISA NO SITE

REF ID: A6493 AD PSCB FD84 EFF7 7623 8C08 28F6 E5A7 AD93 DCAB

CONSIDERAÇÃO DE CONTA - 25		REFLEXO SOBRE OS VALORES - 25	
Distribuição	5,27	Base de Cálculo	
Energia	9,97	Alíquota ICMS	
Transporte	1,56	Valor do ICMS	
Encargos	1,58	Máximo do PIS	0,28
Impostos	1,66	Valor do COFINS	1,37

5.31 18.63 21.25 3.36 6.73 18.45 3.03
0.00 0.00 0.00

SEQ.: 00087 UC: 0411732-1 DT.LEIT.: 24/12/2018 T.ENTR.: 04
LEITURA: 2660 MINIMO TOTAL: 20,04 CARGA: 024
DT.VENC.: 01/01/2019 IRREG.: 038 COLETOR: 1311

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necesário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados corretamente e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário ou, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as linhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: **FRANCISCO MARQUES Fontenelle** | CPF: **269.399.593-00** | Data do óbito: **12/04/2018**
 Estado Civil: **Seu marido** | Teve filhos? **Sim** | Se tinha filhos, informar: **Nº vivos: 0 | Nº falecidos: 0** | Deixou herdeiro? **Sim** | Deixou herdeiro(a)? **Sim** | Se deixou companheiro (a), informar nome completo: **Francisco J. S. Fontenelle**
 Deixou companheiro(a)? **Sim** | Deixou companheiro (a), informar nome completo: **Francisco J. S. Fontenelle**

DECLARAÇÃO

Declaro que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
 Estou ciente de que, caso este declaração não traduz a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração ao artigo 299 no Código Penal. Por ser a expressão de verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo.

CPF:

Nome completo:

Local/data:

Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o(a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo.

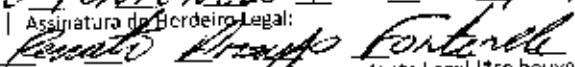
CPF:

Nome completo:

Local/data:

Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: **Renato Araújo Fontenelle** | Grau de parentesco com a vítima: **FILHO** | CPF: **012.477.613-20**
 Local/data: **Assinatura do Herdeiro Legal:** 
 Local/data: **Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):**

Nome completo: _____ | Grau de parentesco com a vítima: _____ | CPF: _____

Local/data:

Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: _____ | Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ | Grau de parentesco com a vítima: _____ | CPF: _____

Local/data:

Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: _____ | Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ | Grau de parentesco com a vítima: _____ | CPF: _____

Local/data:

Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: _____ | Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

RECEBIDO

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:

WANIL AMORIM MENDES

CPF:

009.393.283-99

Assinatura:

Wanil Amorim Mendes

2 - Nome completo:

Marie Spaventa dos Reis Souza

CPF:

007.332.583-01

Assinatura:

Marie Spaventa dos Reis Souza

Local/data: **26/09/18**

GRUPO SEGURADOR

BBMAEPRE



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes de preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os direitos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. é necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários devem ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 a receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	FRANCISCO MARCOS Fontenelle	CPF:	269.399.593-00	Data do óbito:	72/04/2018
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Demais nascituros <input type="checkbox"/> N° vivos: 3 <input type="checkbox"/> N° falecidos: 0 <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:			

DECLARAÇÃO

Declaro que as pessoas abaixo listadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência de acidente de trânsito.
 Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduz a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por intrusão ao artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

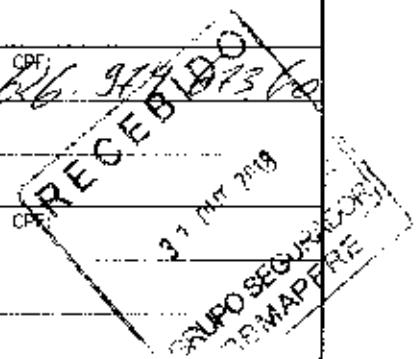
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	2 - Nome completo:
Mauro Antônio Paes Fontenelle	Gilderson da Cunha Lima
CPF: 004.334.583-03	CPF: 060.546.023-06
Local/data:	Local/data:
Teresina 16/10/2018	Teresina 16/10/2018





DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assinaturas pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	269.399.593-00	Data do óbito:
<i>Francisco Menezes Fontenelle</i>		<i>02/04/2018</i>
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº vivos: 3 Nº falecidos:
Deixou companheiro(a)?	Se deixou: companheiro(a), informar nome completo: <i>Sim</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Não</i>	

DECLARAÇÃO

Declaro que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a Indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 239 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo.

Nome completo:	CPF:	RECEBIDO
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	<i>13 DEZ. 2018</i>

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo.

Nome completo:	CPF:	GRUPO SEGUADOR ESMAFPRE
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Marcos Antonio Ribeiro Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>626.974.673.60</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Francisco 13/11/2018</i>	<i>Francisco Menezes Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Renato Araujo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>012.477.615.20</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Renato 13/11/2018</i>	<i>Renato Araujo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Ricardo R Araujo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>003.896.113.01</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Ricardo 13/11/2018</i>	<i>Ricardo de Araujo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: <i>Maria Aparecida de Souza Fontenelle</i>	2 - Nome completo: <i>Francisca das Chagas Araujo</i>
CPF: <i>001.332.583-01</i>	CPF: <i>552.532.613.20</i>



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0808 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Lider.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e falecidos (aqueles que estão sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPF:	Data do óbito:
FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	569.399.583-00	22/04/2018
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº filhos: 3 Nº falecidos: 1
*Deixou companheiro(a)?	*Deixou companheiro(a), informar nome completo:	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias no Seguro DPVAT, em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
 Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:	RECEBIDO
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	
Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo: 3 DEZ. 2018		
Name completo:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	GRUPO SEGUROADOR B3MAFPB

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	FILHO	003.896.113.01
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Florianópolis 13/04/2018	FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Renato Araujo Forteneli	FILHO	072.474.613.20
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Florianópolis 13/04/2018	Renato Araujo Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Marcos Antônio Rodrigues Forteneli	FILHO	026.944.613.60
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Florianópolis 13/04/2018	Marcos Antônio Rodrigues Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: **Mauro Araujo da Cunha** 2 - Nome completo: **Francisco das Chagas Anselmo**
 CPF: 001-332.583-03 CPF: 552.532.613-20



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assinaturas pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	269.399.593-00	Data do óbito:
<i>Francisco Menezes Fontenelle</i>		<i>02/04/2018</i>
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº vivos: 3 Nº falecidos:
Deixou companheiro(a)?	Se deixou: companheiro(a), informar nome completo: <i>Sim</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Não</i>	

DECLARAÇÃO

Declaro que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a Indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 239 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo.

Nome completo:	CPF:	RECEBIDO
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	<i>13 DEZ. 2018</i>

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo.

Nome completo:	CPF:	GRUPO SEGURADOR
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	<i>ESMAFPRE</i>

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Marcos Antonio Ribeiro Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>626.974.673.60</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Francisco 13/11/2018</i>	<i>Francisco Menezes Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Renato Araujo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>012.477.615.20</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Renato 13/11/2018</i>	<i>Renato Araujo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Ricardo R Araujo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>003.896.113.01</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Ricardo 13/11/2018</i>	<i>Ricardo de Araujo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: <i>Maria Aparecida de Souza Fontenelle</i>	2 - Nome completo: <i>Francisca das Chagas Araujo</i>
CPF: <i>001.332.583-01</i>	CPF: <i>552.532.613.20</i>



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0808 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Lider.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e falecidos (aqueles que estão sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPF:	Data do óbito:
FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	569.399.583-00	22/04/2018
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº filhos: 3 Nº falecidos: 1
*Deixou companheiro(a)?	*Deixou companheiro(a), informar nome completo:	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias no Seguro DPVAT, em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
 Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que resarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:	RECEBIDO
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	
Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo: 3 DEZ. 2018		
Name completo:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	GRUPO SEGUROADOR B3MAFPB

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	FILHO	003.896.113.01
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Florianópolis 13/04/2018	FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Renato Araujo Forteneli	FILHO	072.474.613.20
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Florianópolis 13/04/2018	Renato Araujo Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Marcos Antônio Rodrigues Forteneli	FILHO	026.944.613.60
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Florianópolis 13/04/2018	Marcos Antônio Rodrigues Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: **Mauro Araujo da Reis Forteneli** 2 - Nome completo: **Francisco das Chagas Anselmo**
 CPF: 001-332.583-03 CPF: 552.532.613-20

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
31080476558

3 - CPF da vítima:
26939959300

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO MARQUES FONTELE

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

5 - Nome completo:

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

6 - CPF:
035.814.343-85

7 - Profissão:

RECLCLADORA

8 - Endereço:

RS ngico, s/n, qd-aa, bl-08, ap-601

9 - Número:
s/n

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PORTAL DA ALEGRIA

12 - Cidade:

TERESINA

13 - Fazenda:

PI

14 - CEP:

64037-430

15 - E-mail:

josuencves80@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, informar uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0578

CONTA: 00011869

4

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de mina titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quinze (15) dias do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 (IM) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 assinalado, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 39, § 5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao seu direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data de óbito da vítima: 12/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Víma de seu companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima é filha de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Víma: Sim

Não

29 - Se tem filhos, informar

teve filhos?

Sim

Não

30 - Víma deixou

residência familiar?

Sim

Não

31 - Víma

teve intelecto?

Sim

Não

32 - Se tem irmãos, informar

Vivos:

Sim

Não

33 - Víma deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estarão sujeitos, ainda, de que qualquer emissão da documentação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informações
digitais
sobre o
beneficiário
que assinou

35 - Nome legível de quem assina a foga/á pedido

36 - CPF legível de quem assina a foga/á pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a foga/á pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TERESINA, 29 DE AGOSTO DE 2019

Lucia maria Rodrigues de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
NR. 00021573	216.487
DATA EXP.	23/12/17
EXPIRAÇÃO:	
2018.	
FRANCISCO MARQUES FONTENELLE	
INTERESSADO:	
ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELLE	
FRANCISCO MOREIRA FONTENELLE	
NASCIMENTO:	
BURITI DOS LÓPES-PI	
DATA NASCIMENTO:	
20/06/1953	
ENDERECO:	
CERT. CASAM. 1254 L 06 F 219	
EXP TERESINA-PI 04/01/2018	
269.399.593-04 (Francisco Moreira Fontenelle)	
1502660	
LEIA PÁGINA DE INFORMAÇÕES - DOCUMENTO DE SEGUIMENTO	

RECEBIDO

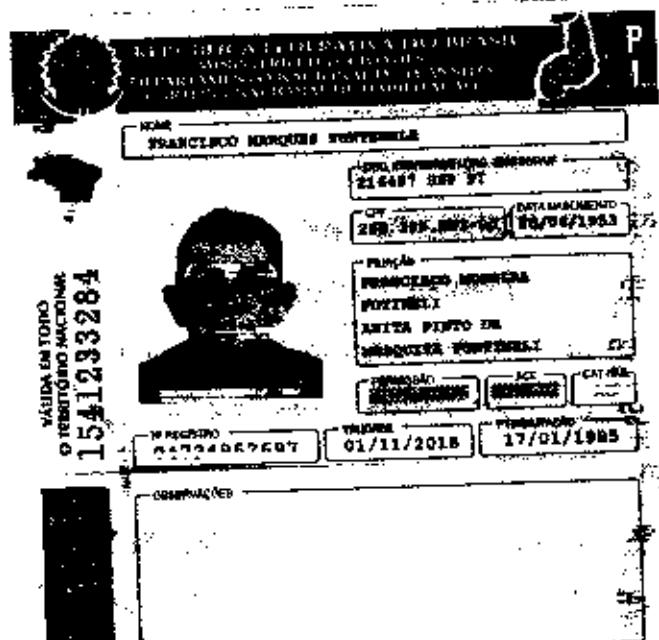
10 OUT. 2018

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGUADOR
BBMAFPRE



1541233284
PIAUÍ

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO
DE PESSOAS
SERVIÇO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

P

REGISTRO DE PESSOAS

DO MUNICÍPIO/RES. BARRA DO
SUL/PI/000 P2

CPF: 023.477.643-29 | DATA NASC: 08/10/1984

SEXO: F
PAPEL: PESSOA
POSSIBILIDADE:
PROTEGIDA, NÃO PROTEGIDA
ABERTA, FECHADA

TIPO: PESSOA
ESTADO: PIAUÍ
MUNICÍPIO: BARRA DO SUL

DATA: 28/12/2021 | PRAZO: 31/12/2023

VALOR DA ISSUA
O TERRITÓRIO NACIONAL
1413146864

NOTA: *Manoel Magno Ferreira*

DATA DE EMISSÃO
17/03/2017

LOCAL: PIAUÍ
PROVÍNCIA: PIAUÍ
38549986411
1413146864

PIAUÍ

RECEBIDO

10 OUT 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.481.626 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/16

NOME: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

ESPOSA: LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

NATURALIDADE: TERESINA-PI DATA DE Nascimento: 13/08/1975

DOC. CEGUM: CERT. NASC. 6714 L A75 F 126V

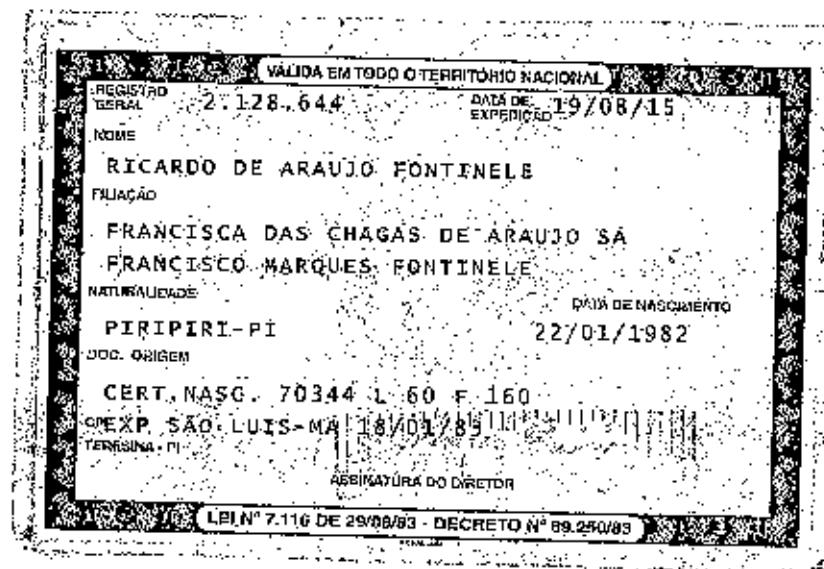
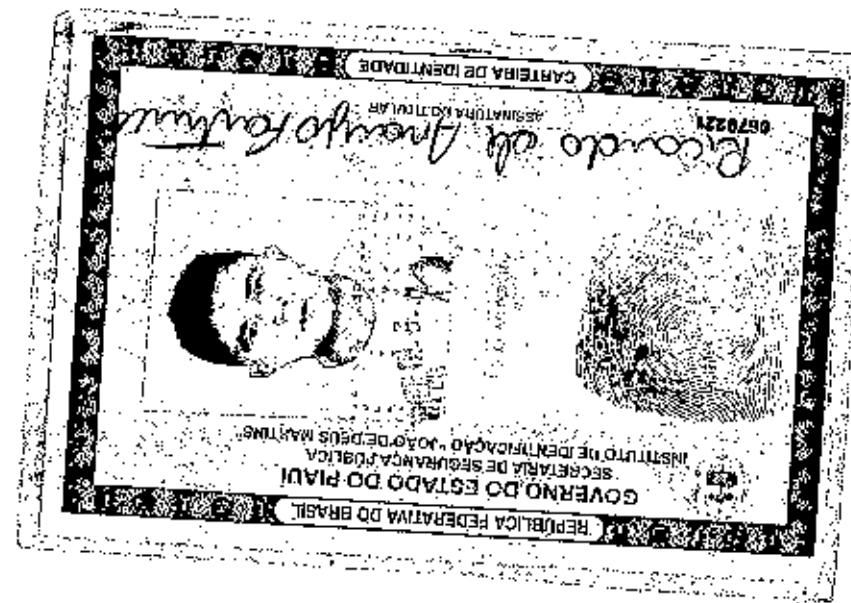
EXP. TERESINA-PI 10/09/14

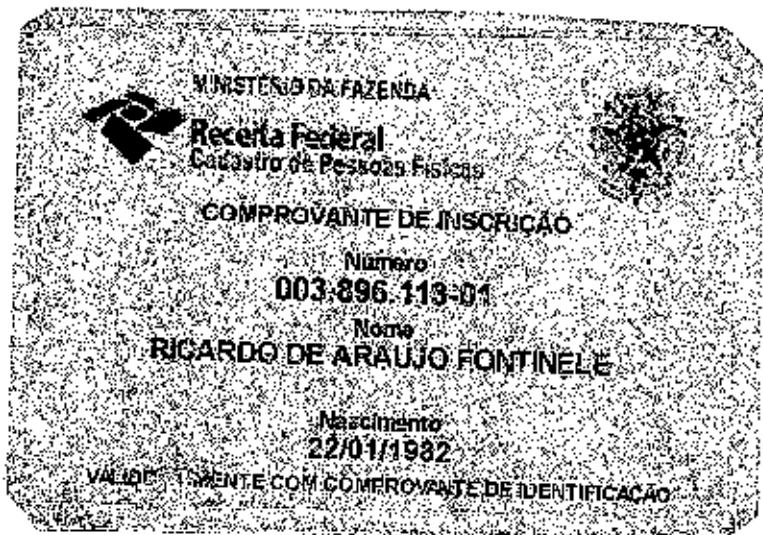
CPF: 0972080 ASSINATURA DO DIRETOR

Lei nº 7.119 DE 29/08/83 - DECRETO nº 89.250/83









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.481.626 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/16

NOME: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

ESPOSA: LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

NATURALIDADE: TERESINA-PI DATA DE Nascimento: 13/08/1975

DOC. OFICIAL: CERT. NASC. 6714 L A75 F 126V

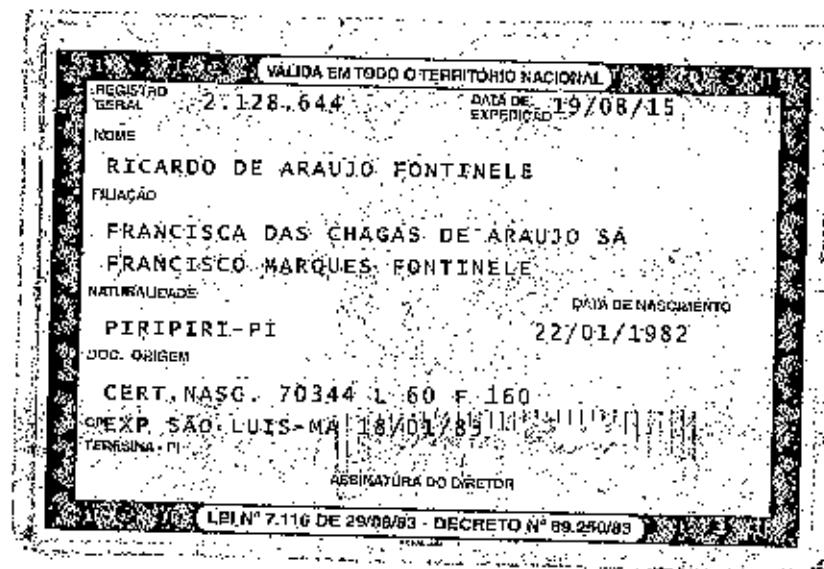
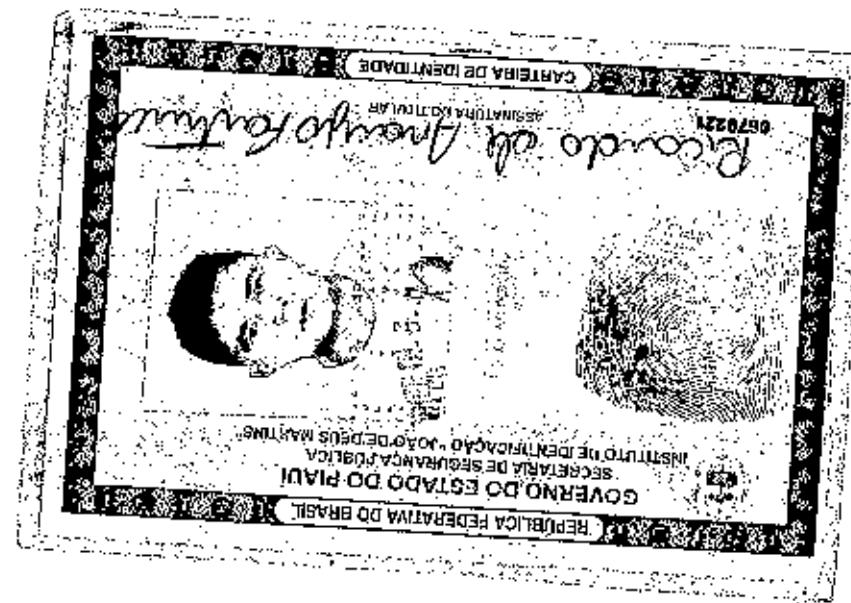
EXP. TERESINA-PI 10/09/14

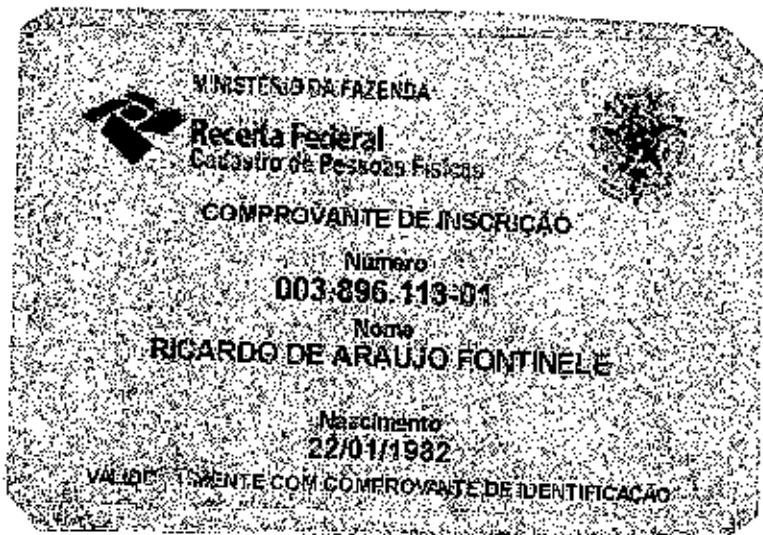
CPF: 0972080 ASSINATURA DO DIRETOR

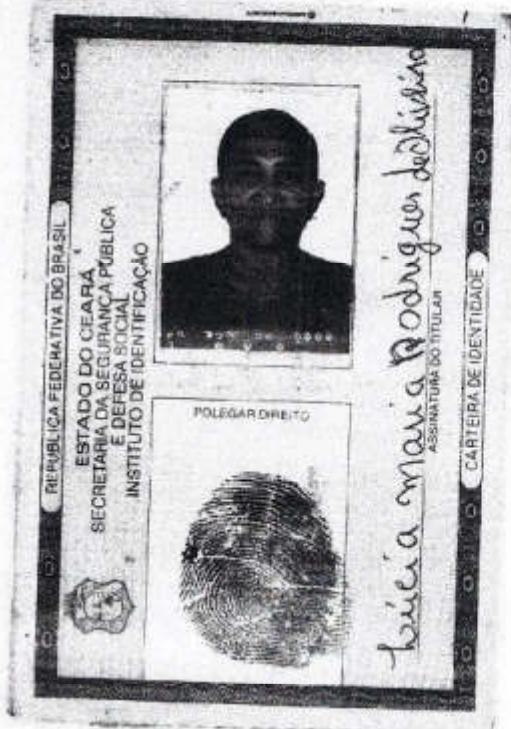
Lei nº 7.119 DE 29/08/83 - DECRETO nº 89.250/83











CÓDIGO DE CONTROLE
3249092B.1F63.F242

A autenticidade desse comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil
no dia 26/09/2011 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

035.814.343-85

Nome

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nascimento

09/01/1955

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE : 626.974.673-60

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/02/2019

Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

CPF: 626.974.673-60

Data do cadastramento: 21/02/2019

Nome: Margarida Maria Manso Pinheiro

CPF: 885.800.837-53

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

Margarida Maria Manso Pinheiro

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

RENATO ARAUJO FONTENELE : 012.477.613-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/10/2018
Nome: RENATO ARAUJO FONTENELE
CPF: 012.477.613-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018
Nome: Eduardo Sabino dos Santos Junior
CPF: 379.572.318-37

RENATO ARAUJO FONTENELE

Eduardo Sabino dos Santos Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE : 003.896.113-01

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE : 626.974.673-60

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: RICARDO DE ARAUJO FONTINELE
CPF: 003.896.113-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: Maria Aparecida da Silva
CPF: 231.602.828-48

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

Maria Aparecida da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RENATO ARAUJO FONTENELE : 012.477.613-20

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/10/2018
Nome: RENATO ARAUJO FONTENELE
CPF: 012.477.613-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: RAISSA MARQUES GOMES
CPF: 479.614.998-81

RENATO ARAUJO FONTENELE

RAISSA MARQUES GOMES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Laudo do IML - Necrópsia

Outros

JOSUE SILVA NEVES : 643.121.353-04

Documentos de identificação

Procuração

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA : 035.814.343-85

Autorização de pagamento

Certidão de casamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 04/10/2019

Nome: LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF: 035.814.343-85

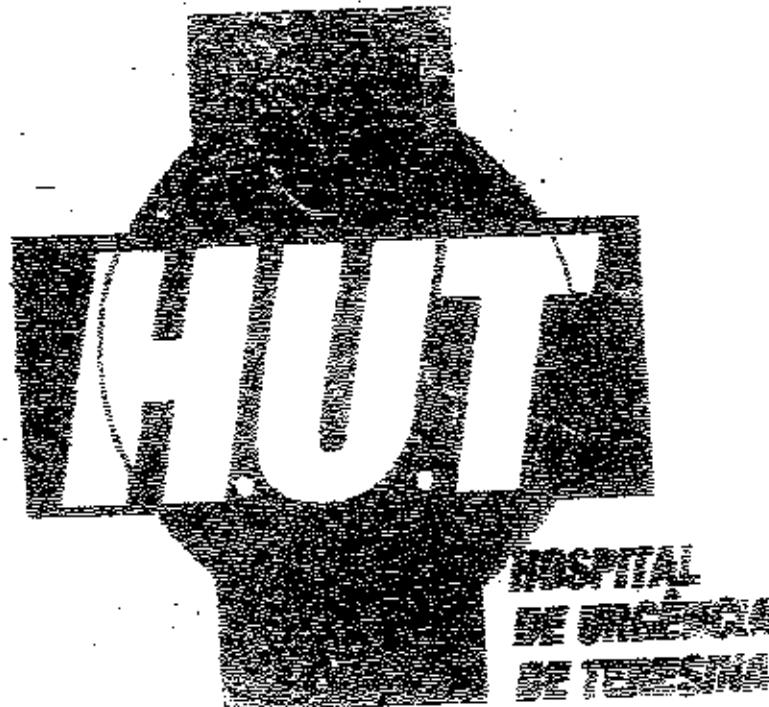
Data do cadastramento: 04/10/2019

Nome: LUCAS GARBO GALVAO

CPF: 410.146.078-76

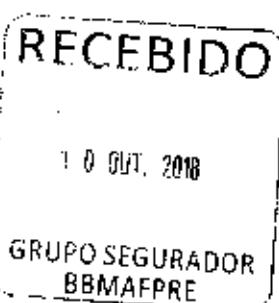
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

LUCAS GARBO GALVAO



NOME DO PACIENTE Marcelo Marques
NÚMERO DO PRONTUÁRIO 473062

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
A SUA UTILIZAÇÃO".



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO MARQUES FONTINELA		<u>Prontuário:</u> 473062
<u>Mãe:</u> AMÉRICA FERREIRA DE FREITAS FONTINELA		<u>Pai:</u> FRANCISCO MOURA PAIVA FONTINELA
<u>End. Resid.:</u> RUA: VILA SILENCIO - PARQUE ECO SANTA - CERESTINA - AC - CEP: 64000-000		
<u>Nascimento:</u> 01/01/1960	<u>Idade:</u> 58a;0m;19d	<u>Sexo:</u> Masculino <u>Fone:</u>
<u>Responsável:</u> FRANCISCO MARQUES FONTINELA		<u>CNS:</u> 767106700752299
<u>Profissão:</u> 		<u>Documento:</u> CPF: 269.349.593-0
<u>G. Instrução:</u> Ensino Fundamental		<u>E. Civil:</u> Esposa
<u>End. Local.:</u> 		RECEBIDO

RECEBIDO

10/10/2018

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 659113 **Data:** 08/04/2018 20:11:21 **Clas. Cor:** Amarelo **GRUPO SEGUROADOR:** BMAFPRE
Motivo da Procura: **Convenio:** BMAFPRE

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1)

Data/Hora Solicitação: 08/04/18 : ESPECIALISTA: Odontologo
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Alargamento superior da dentição
molar. Pct. parceria calibragem.
As garras: 11 alteradas no operário
locomotor. At. no
At. odontologo

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 38 Pg/18 21:39

www.ijerph.org

at Neudorf

Relato ao acidente de trânsito

W5000ms 15. R. C. Trautwein - W. Groves

Fig. 6. Results of the experiments on the effect of the concentration of the solution on the rate of the reaction.

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)

DATA/HORA: 02/04/18 21:55 ESPECIALISTA: Guilherme

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente segue reopressiva, TC de crânio e torax
nemais. Rx col cervical e vértebras normais. Abd excente.

Cerv. 510, 9% 500 ml + 5amp Glucor 50% 500 ml

Riverton

CRM-PI/148

Dra. Andressa M. Camargo
Cardiologista

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 09/04/16 13:47 Unimed Caxé
paciente: abdome de politrauma, apresenta lesões respiratórias multilobais, no esterno, no pulmão e no tórax no dia, obedeceu todos os critérios de fatores adiposos, desprotegido, não possui de visitas, pertence a classe social E, não apresenta C.
EP: Unimed Caxé.
Assinatura: Prof. Parecer

SOLICITAÇÃO DE ANTIBÓTICOS DE USO RESTRITO

IDENTIFICAÇÃO

DATA: 11/04/18
 NOME: Enrique M. Ferreira IDADE: 67 PESO: 65kg
 CLÍNICA: G. B. B. LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____
 SITUAÇÃO DO PACIENTE: TRAUMA NÃO TRAUMA
 INDICAÇÃO DO ANTIBÓTICO: TERAPÉUTICO PROFILÁTICO
INFECÇÃO: COMUNITÁRIA HOSPITALARFOCO DA INFECÇÃO: PNEUMONIA TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR
 OSSOS E ARTICULAÇÕES CIRÚRGICO URINÁRIO ABDOMINAL

 SIST. NERVOSO CENTRAL SANGUÍNEO PELE E PARTES MOLES

 CHOQUE SÉPTICO (DESCONHECIDO) OUTROS _____

ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE

USO: Amox

DROGA SOLICITADA	VIA	POSOLOGIA	PREVISÃO (dias)
<u>Cefazolin</u>	<u>EV</u>	<u>2g 8(h)</u>	<u>14</u>
<u>Clindam.</u>	<u>EV</u>	<u>600mg 6(h)</u>	<u>14</u>

 JUSTIFICATIVA: Paciente c/ lesão da pelve (c/ 2 fraturas) c/ RNC: Guedes (c/ lesão AP: Ribeiro) c/ uso e susceta a infecção
FUNÇÃO RENAL: NORMAL ALTERADAFUNÇÃO HEPATICA: NORMAL ALTERADAREALIZOU CULTUR: NÃO SIM

Resultado

DATA DA COLETA: / /

MÉDICO-CARIMBO

PARECER DA CCHI:



Estado do Piauí
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

**SAMU
192**

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (codigo)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local		
	103 18/04/2018	19/04/2018	10/04/2018	19/04/2018	19/04/2018		
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Municipio-DF	Código IBGE			
	Brasília	Santana	Brasília	11019101			
	13 Ponto de referência	Posto 1 p/ passageiros					
	14 Nome	Edu Marques Esberard					
	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado					
	16 Idade	1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 4 - Ignorado	Se idade ignorada, preencha com 999				
	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
	18 Tipo de ocorrência	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espacamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica					
	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança			
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>			
Exame Físico	23 Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma	5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma	6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum	P脉搏: 114 Respiração: _____ PA: _____ TAX: _____ SatO2: 92			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Dor	ESCALA DE DOR DE 0 A 10				
	27 Pulso Radial: 1 - Central: 1 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	29 Dor	0 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10				
	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não	30 Fratura	1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta: <input type="checkbox"/> Fechada: <input type="checkbox"/> 2 - Não 3 - Suspeito				
				RECEBIDO			
Assistência	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)	Glicemia <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred	Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>					
Hospital de Destino	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado					
		34 Óbito	1 - Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/>	2 - Não <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>			
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente sandento, trauma com face, esguicho em mato, suspeita de bebida alcoólica.</p> <p>O mesmo relatou per MTS</p>						
	1 - Vitor José de Mello 2 - Emanoel 3 - Responsável	1 - Socorristas 2 - Médicos	1 - Enfermeiros 2 - Condutores	GRUPO SEGUROADOR BBMAFPRE			

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

Francisco Moreira Fernandes
DA CLÍNICA: Neurocirurgião
À CLÍNICA: Cirurgia Geral

PRONTUÁRIO

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente de 61 anos, paraplegico
após trauma. R de varão e d total y
drois que justificam o quadro (contusão
medular?). Evoluí q. tecnicamente

DATA: 11/04/18

Dr. Raulo Daga de Oliveira Batista
Neurocirurgião
CRM-PI 3.800

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Sugestão de TB
Solicito ex. radiante. Fato.

Paciente suspeito, volte entidade neste
serviço sua história de recente tuberculose
no estômag. Realizou Rx de tórax com lesão
área de opacidades irregulares nos lobos superiores
dos pulmões, pressível, natureza FONÉTICA RESIDUA.
 1) - Sócio de endoscopia (pesquisa de
lesões) - 03 amostras.
 - Sócio de laboratório

VCP

DATA: 11/04/18

RECEBIDO

Dr. Raulo Daga de Oliveira Batista
Neurocirurgião
CRM-PI 3.800 11/04/2018

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA
PRO SEGUADOR
BBMAFPRE

PRESCRIÇÃO MÉDICA



PICK, Newson
CIR. GERAL



Função: _____

NAME DO PACIENTE	FRANCISCO MANGUE FORTINEL
DIAGNOSTICO API X E COMORBIDADES	ALERGIAS

Poli Trauma

DATA:	09/08/18	PREScriÇÃO MÉDICA	HORA:	8:44h	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
1)	Distra. 200					
2)	SCG, 90% - 1000 ml, EV, 14 gts/min + Saup. 500ml/sol. 1000ml					
3)	Exa. hidrocar. Spung + AB, EV, 818ml					
4)	Exa. hidrocar. Spung, 1L, oxigene					
5)	Medicamentos novos 900mg, 1L, oxigene					
6)	Sal. de reidratação 2000 ml, EV, 616ml					
7)	NSC 180g - 1000ml					
8)	6 Unidades Sorofera 1000ml, 616ml					
9)	02 mls cotonete varas de soro 500ml/sol. 1000ml					
10)	SSVU + CCEG					
11)	850,91 - 500ml, EV, 616ml					
12)	Sorito TC coluna cervical, toracor. e abdominal TC toracor. Reov. Cervical e toracor. novo: 300g.					

GRUPO SEGURADO:
MAFPRE

MÉDICO: _____
RECEBIDO: _____

Dra. Daniela Calado L. Costa
Gastroenterologista
CRM-PI 4139

19/07/2018

MED: 007

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 65933

AIH: 2218100207631

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTEÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
20110000752296	FRANCISCO MARQUES FONTINELA	20/06/1953	M	471062
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOVOS DA MÃE	RESPONSÁVEL	
86885-18120		ANTONIA PINTO DE MARQUES FONTINELA	FRANCISCO	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE	
			1765	LF
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		
VERDE LAR		TERESINA		PL

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TCE DURANTE A INTERNACAO FOI DIAGNOSTICADO COM PNEU LEUCOCITOS 15000MM3 - NEUTROFILOS 87% - SEGMENTADOS 8% SENDO INICIADO ATB'S CEFTAZIDIMA 2G - CLINDAMICINA 600MG. FAVU 0 CON GLASGOW 3 - CHOQUE SEPTICO - FRC. CONSTATADO OBITO 12/04/2018

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO

ASACMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
TUE DE CRANIOGRAMA DE TORAX, COLUNA CERVICAL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
J09 - PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
J00-49-51 - TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFECÇÃO GRUPE

LEITO/CLÍNICA
NEUROCIURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

ELTON JORGE DA SAVIO 2525580
CPF: 2.0086463373

CRM:

DATA ADMISSÃO
09/04/2018 20:11

DATA ALTA
12/04/2018 16:20

MOTIVO ALTA

OBITO COM DECLARAÇÃO FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO MÉDICO LEGAL - IML

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE - CNPJ SEGURADORA - N° DO BILHETE - SÉRIE - CNPJ DA EMPRESA - CNAE EMPRESA - CBO - NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

PROFISSIONAL / PARECER / CONTROLE / AVALIAÇÃO /
AUDITÓRIA

ELTON JORGE DA SAVIO
CPF: 2.0086463373

CRM:

DATA AVULSA: 2018-04-11 11:52

CPF:

CRM:

DATA AVULSA:

RECEBIDO

10/04/2018

26/04/2018 08:31

GRUPO SEGURADOR
BBMAFFPRE...



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



לעג רפאל טויביג

Nome do paciente Francisco Mony
Diagnóstico atual e comorbidades

MÉDICO/CRM:

Mod: 807



FMS
Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



MÉDICO/CRM:

Mod: 007



PRESCRIÇÃO MÉDICA

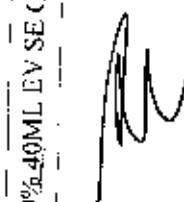
H.U.T - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
NOME: FRANCISCO MARQUES FORTINELLE

DATA/HOR A CÓDIGO	PREScrição MÉDICA TCE + PNEUMONIA	PRONTUÁRIO 473062	CLÍNICO ESTABILIZAÇÃO	ENF ou APT ESTABILIZAÇÃO	LEITO	MÉDICO ASSIST.	RELATÓRIO INFERNAGEM		OBSERVAÇÕES
							QUANT.	HORÁRIO	
12/04/18	1) DIETA ENTERAL 100ML 3/3H E AF NOS INTERVALOS								
	2) SF 0,9% 2000ML EV 24 HORAS								
D1	3) CEFTAZIDIMA 2G + 100ML SF 0,9% EV 8/8H								
D1	4) CLINDAMICINA 600MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H								
	5) RANTIDINA 01AMP EV 8/8H								
	6) FENITONA 2ML + 18ML AD EV 8/8H								
	7) DIPRORON 1AMP+AD EV 6/6H								
	8) BROMOPRIDA 01AMP+AD, EV 08/08H								
	9) MIDAZOLAN 30ML - FENTANIL 20ML + SF 0,9% 200ML EV BIC ACM								
	10) NORADRENALINA 4MG 4 AMP + 23ML DF SG A 5% EV BIC ACM								
	11) GLICEMA CAPILAR DE 6/6H								
	12) INSULINA REGULAR SC CONFORME GLICEMA: 180-200U; 201-250: 4U; 251-300: 6U; 301-350: 8U; >350: 10U								
	13) GLICOSE 30% 40ML EV SE GLICEMA <80								

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

2018

BIDO



HUT DR. ZENON ROCHE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME Zenon F
DATA 06/12/18

14) CLOREXIDINA 20ML PARA HIGIENE ORAL 8/8h

15) CABECERA ELEVADA 30°

16) FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

17) MONITORIZAÇÃO CONTINUA

18) CCGG + SSVV

Dr. Ismael Oliveira
Clínica Moinhos de Vento
CRM-PR 317

19) Glucosídeo urinário 10h

10h 1000ml Sg 51 - somente 200ml 8h

20) Insulina 10ui + 100ml suco de 501

8h 818h

12 3. VBR = 10gfr Bensimone + 5ml SF 90 + 10gfr

818h

Dr. Ismael Oliveira
Clínica Moinhos de Vento
CRM-PR 317

21) paciente deu enxaque na noite 4

paciente deixa sala de estabilização para

paciente em ambulânci, f = obesa),

6 dias sem enxaque, fios,

anestesia a 10%

Igc

IGC

CRM-PR 3479

Def. Afecto 6h to.

me

22 06



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTENELE** (Prontuário: 473062)
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 20/08/1953 Idade: 64a11m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113
Requisição: 828019 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1024465 Corvênia: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 08/04/2018

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado na incidência em **PERFIL**.
os seguintes aspectos foram observados:

- Osteopenia difusa.
- Sinais de espondilose cervical.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/05/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.928.623-34 CRM - 1727

Exame: Radiografia da coluna cervical

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURADOR

BRASIL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINEL** (Prontuário: 473062)
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a 11m 6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113
Requisição: 828019 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1024466 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Examie: 08/04/2018

PELV

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVÍA PÔR REALIZADO NAS INCDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
 - AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURATS, SACRO ILÍACAS E SÍNFESE PUBIANA TEM CONSTRUÇÃO NORMAL.
 - PARÇÕES MOLLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

TERESINA - PI 28/05/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO
CPF 227 528.623-34 CRM - 1727

RECEBIDO

10 JULY 2018

GRUPO SEGURADOR



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTENELE** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113

Requisição: 828020 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024467 Corvênia: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/04/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

- ATEROMATOSIS PARIETAL CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DIFUSA DO PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO.
- ACRENTUAÇÃO DIFUSA DA HIPODENSIDADE DA SUBSTÂNCIA BRANCA PERIVENTRICULAR (HUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA).
- DILATAÇÃO "EX-VACUO" DO SISTEMA VENTRICULAR SUPRA E INFRATENTORIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.

OBS.: MATERIAIS HIPODENSO NOS SEIOS DA FACE.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/04/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 652 218 663-15 CRM: 2443

Endereço: Rua: 100, Centro, Teresina - PI

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURO
DIALETA

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAD SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113

Requisição: 828021 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024468 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 08/04/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCHAMENTO, MOSTROU:

- REDUÇÃO DE VOLUME DO CAMPO PULMONAR ESQUERDO, COM DESVIO TRASILATERAL DAS ESTRUTURAS MEDIASTINAIS.
- ATEROMATOSSE PARIETAL CALCIFICADA NA AORTA TORÁCICA.
- CALCIFICAÇÕES PLEURAIS RESTDUAIS GROSSEIRAS À ESQUERDA, SOBRETUDO NA PLEURA PARIETAL ANTERO-LATERAL.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIA MEDIASTINAL.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- ESPONDILOSE TORÁCICA.
- KNEFISEMA CENTROACINAR DIFUSO NOS CAMPOS PULMONARES.
- OPACIDADES FIBROATELECTÁSTICAS EM ÁPICES PULMONARES, SOBRETUDO À ESQUERDA, ONDE IDENTIFICAMOS BRONQUIECTASIAS/BRONQUIOLECTASIAS DE TRAÇÃO DE PERNITO.
- BOLHAS SUBPLEURAIS APICais À ESQUERDA.
- ALTERAÇÕES FIBRÓTICAS NA LÍNGULA E NO LOBO INFERIOR À ESQUERDA.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/04/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM

00-0000000-000000000000

RECEBIDO

10/04/2018

GRUPO SEGURADOR

LAUDO MÉDICO

Paciente **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/05/1953 Idade: 64a9m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/FMERG Atendimento: 659113

Requisição 828138 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle 1024609 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE COLUNA TORACICA

TÉCNICA: Foram realizados através da aquisição helicoidal de 10 mm de espessura com incremento de 10 mm.

- Espondiloartrose na coluna torácica caracterizada por osteófitos nos corpos vertebrais e artrose interapofisária.
- Ausência de fraturas.
- Canal vertebral ósseo nos segmentos estudados com dimensões dentro dos limites da normalidade.
- Medula espinhal com coeficientes de attenuação normais.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-16 CRM-PI 3090

Declaro que o ato é verdadeiro

RECEBIDO

10 MAR 2018



LAUDO MÉDICO

Paciente **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-000

Nascimento 20/06/1953 Idade: 64a9m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atenção: 659113

Requisição 828139 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle 1024610 Convérto: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010028

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE COLUNA LOMBAR

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM SMM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE L1 AO SACRO, MOSTROU:

- ESpondiloartrose da coluna lombar caracterizada por osteofítos nos corpos vertebrais e artrose interapofisária.
 - Abaixamento discal difuso de L1-L2 e L5-S1, comprimindo o saco dural e reduzindo o canal vertebral e os forames neurais.
- AUSÊNCIA DE FRATURAS.

(JORGEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 958 303-15 CRM-PI 3090

Especialização: Radiologia



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: **473062**)

Endereço: **NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000**

Nascimento: **20/06/1953** Idade: **64a9m26d** Sexo: **Masculino** Origem: **URGÊNCIA/EMERG** Atendimento: **659113**

Requisição: **878140** Solicitação: **09/04/2018** Solicitante: **FABIO MARCOS DE SOUSA**

Controle: **1024611** Convênio: **SUS**

RELATÓRIO:

Cod SIA: **0206010010**

Data Exame: **09/04/2018**

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ACENTUADA ESPONDILOARTROSE CERVICAL, CARACTERIZADA POR OSTEOFÍTOS NOS CORPOS VERTEBRAIS E ARROSE UNCOVERTEBRAL E INTERAPOFISÁRIA.
- PROTRUSÕES DISCO-OSTEOPÍTARIAS POSTERIORES DE C3-C4 A C6-C7, COMPRIMINDO O SACO DURAL E REDUZINDO O CANAL VERTÉBRAL E OS FORAMES NEURAIS.

AUSÊNCIA DE FRATURAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 968 303-15 CRM-PI 3090

Medicina da Família e do Adulto



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINÉLE** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-000

Nascimento: 20/06/1963 Idade: 54a9m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento 659113

Requisição 828140 Solicitação 09/04/2018 Solicitante FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024611 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ACENTUADA ESPONDILOARTROSE CERVICAL, CARACTERIZADA POR OSTEÓFITOS NOS CORPOS VERTEBRAIS E ARROSE UNICOVERTEBRAL E INTERAPOFISÁRIA.
- PROTRUSÕES DISCO OSTEOFITÁRIAS POSTERIORES DE C3-C4 A C6-C7, COMPRIMINDO O SACO DURAL E REDUZINDO O CANAL VERTEBRAL E OS FORAMES NEURAIS.
- AUSÊNCIA DE FRATURAS.

(JORGE AUGUSTO:

TERESINA - PI 16/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM PI 3090

Residência: Centro - Teresina - PI



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m19c Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113

Requisição: 828141 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024612 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOÍDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES IRREGULARES NOS LOBOS SUPERIORES DOS PULMÕES, MAIS EXTENSA À ESQUERDA, DE PROVÁVEL NATUREZA FIBRÓTICA RESIDUAL, ASSOCIADAS A BRONQUIECTASIAS E BOLHAS SUBPLEURAIS ADJACENTES.
- PEQUENAS BOLHAS PULMONARES DIFUSAS NOS PULMÕES.
- BANDAS PARENQUIMATOSAS NA BASE DO PULMÃO ESQUERDO.
- CALCIFICAÇÕES PLEURAIS À ESQUERDA.
- AORTA ATEROMATOSA, COM CALIBRE NORMAL.
- ESPONDILOSE DORSAL.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDEASTINAIS E/OU HILIARES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Assinatura:



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTENELE** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade 64a9m22d Sexo Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211886

Requisição 829078 Solicitud: 12/04/2018 Solicitante: ISANIEL PEREIRA DF OLIVEIRA

Controle: 1025667 Convênio: S U S ESTABILIZAÇÃO ESTABILIZAÇÃO LETO 07

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 12/04/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRAFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- EXTEÑO ENFISEMA SUBCUTÂNEO EM PAREDE ABDOMINAL E INTRA-ABDOMINAL EXTRAPERITONEAL.
- CALCIFICAÇÕES PARIETAIS ARTERIAIS.
- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARÊNQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENALIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.

LEIAO ANTONIO:

TERESINA - PI 12/04/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF 890 717 783-04 CRM 3508 PI

DATA: 12/04/2018



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: **473062**)
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m22d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211886
Requisição: 829079 Solicitação: 12/04/2018 Solicitante: ISANIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Controle: 1025668 Convênio: SUS ESTABILIZACAO ESTABILIZACAO IETO 02

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 12/04/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- TUBO OROTRAQÜRAL.
- CATETER VENOSO CENTRAL.
- EXTERNO ENFISEMA DE PARTES MOLES EM PESCOÇO E PAREDE TORÁCICA.
- EXTERNO ENFISEMA MEDIASTINAL.
- VOLUMOSO PNEUMOTÓRAX BI-LATERAL, DETERMINANDO COLAPSO PARCIAL DOS PULMÕES.
- PEQUENO DERRAME PLEURAL DIREITO.
- ARCAVOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

TERESINA - PI 12/04/2018

JOÃO ANTONIO:

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF 890 717.783-04 CRM 3608 PI

PROFISSÃO: MÉDICO

Identificação	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito	3) Cartório SUS	4) Naturalidade Município (UF) se estrangeiro informar PISI				
	5) Nome do Falecido	6) Nome do Pai	7) Nome da Mãe					
Residência	8) Data de nascimento	9) Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutes Ignorado	10) Sexo M - Masculino F - Feminino Ignorado	11) Raça/Cor 1. Branca 2. Preta 3. Negra 4. Amarela 5. Parda 6. Indígena 7. Outra	12) Situação conjugal 1. Solteiro 2. Casado 3. Viúvo 4. Divorciado 5. União estável 6. Ignorado	13) Código CBO 2002		
	14) Escolaridade (última série concluída) Nível 0. Sem escolaridade 1. Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2. Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	3. Médio (antigo 2 ^o grau) 4. Superior incompleto 5. Superior completo	6. Série Ignorado	15) Ocupação habitual (informar anterior, se apresentado / desempregado)	16) Número Complemento CEP	17) Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	18) Código Município de residência Código UF	
Ocorrência	19) Bairro/Distrito	20) Local de ocorrência do óbito 1. Hospital 2. Outros estabelecimentos 3. Doméstico 4. Via pública 5. Aldeia 6. Indígena	21) Estabelecimento 7. Ignorado	22) Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc)	23) Número Complemento CEP	24) Bairro/Distrito	25) Município de ocorrência Código UF	
	26) PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE	27) Idade Anos: Nível 0. Sem escolaridade 1. Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2. Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	28) Escolaridade (última série concluída) Nível 3. Médio (antigo 2 ^o grau) 4. Superior incompleto 5. Superior completo	29) Série Ignorado	30) Ocupação habitual (informar anterior, se apresentada / desempregada)	31) Código CBO 2002		
Fetal ou menor que 1 ano	32) Número de filhos tidos Masculinos Fêmeas Vivos Vivos	33) Número de semanas de gestação Partas letais Abortos	34) Tipo de gravidez 1. Unica 2. Dupla 3. Tripla e mais 4. Ignorado	35) Tipo de parto 1. Vaginal 2. Cesárea 3. Ignorado	36) Morto em relação ao parto 1. Antes 2. Currêntia 3. Depois 4. Ignorado	37) A morte ocorreu 1. Na gravidez 2. No parto 3. De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 4. Até 42 dias após o término da gestação 5. Não ocorreu nestes períodos	38) Peso ao nascer 6. Ignorado	39) Número de Declaração de Nascido Vivo 7. Ignorado
	40) ASSISTÊNCIA MÉDICA	41) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:						
Condições e causas da morte	42) CAUSAS DA Morte PARTE I Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte	43) Recebeu assist. médica durante a doença que provocou a morte? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado	44) Necropsia? 1. Sim 2. Não 3. Ignorado					
	45) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	46) ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA a) Devido ou como consequência de: b) Devido ou como consequência de: c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:	47) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte CID					
Médico	48) Nome do Médico	49) CRM	50) Óbito atestado por Médico	51) Município (UF) de atestado				
	52) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	53) Data do atestado	54) Assinatura	55) 10 OUT. 2010				
Causas externas	56) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL Informações de caráter retintamente epidemiológico	57) Ignorado	58) Fonte da Informação 1. Acidente de trabalho 2. Outro	59) GRUPO SEGUROADOR BBMAGPRE				
	60) Tipo 1. Acidente 2. Suicídio	61) Homicídio 62) Outros	63) Ignorado	64) Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência 1. Residência 2. Exterior da residência 3. Outro domitício				
Cartório	65) ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	66) Número	67) Bairro	68) Município	69) UF			
	70) Cartório	71) Código	72) Registro	73) Data	74) UF			
d. Testemunhas	75) Município	76) Testemunhas	77) A	78) Declaração				



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes de preencher este formulário, leia os termos da lei disponibilizados no site da Seguradora Lider.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados da família do beneficiário, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: **Francisco Mamedes Fontenelle** CPF: **269.399.593-0** Data de óbito: **12/04/2018**
Estado Civil: Solteiro Divorciado Separado judicialmente Casado Viúvo Teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar: N° vivos: **3** N° falecidos: **0** Deixou nascituro? Sim Não
Deixou companheiro(a)? Se deixou companheiro (a), informar nome completo: Sim Não

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduz a verdade, cremos que resarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do cônjuge: _____

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do (a) companheiro (a): _____

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____

Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____

Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____

Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____

Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** 2 - Nome completo: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

CPF: **007.332.583-0** CPF: **931.081.343-98**

Local/data: **10/01/2019** Local/data: **10/01/2019**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**

Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle** Assinatura: **Mauro Araujo dos Reis Fontenelle**



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.

E 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 entre 16 e 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 Ato: 3180476558 CEP da Vítima: 269.399.593.00 Nome completo da vítima: Francisco Marques Fontenelle

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF do beneficiário	Profissão
<u>Marcos Antônio Rodrigues Fontenelle</u>	<u>606.979.673.60</u>	<u>informante</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Major Marcel Lopes</u>	<u>1753</u>	
Salário	Estado	CEP
<u>Arreios do Sol</u>	<u>PI</u>	<u>64.056.363</u>
Email	Telefone (DDD)	
	<u>186 98146-6625</u>	

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

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> AC-MA-DF R\$ 10.000,00

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

BANCO DESCO (237) BANCO DO BHASH (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (101)

AGÊNCIA NRO: 2004 CONTA NRO: 0(3) 00089416 4 DV: 4
(Inserir digito se existir) (Inserir digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO	
AGÊNCIA	D/V	CONTA	
NRO.		NRO.	
(Inserir digito se existir)		(Inserir digito 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.

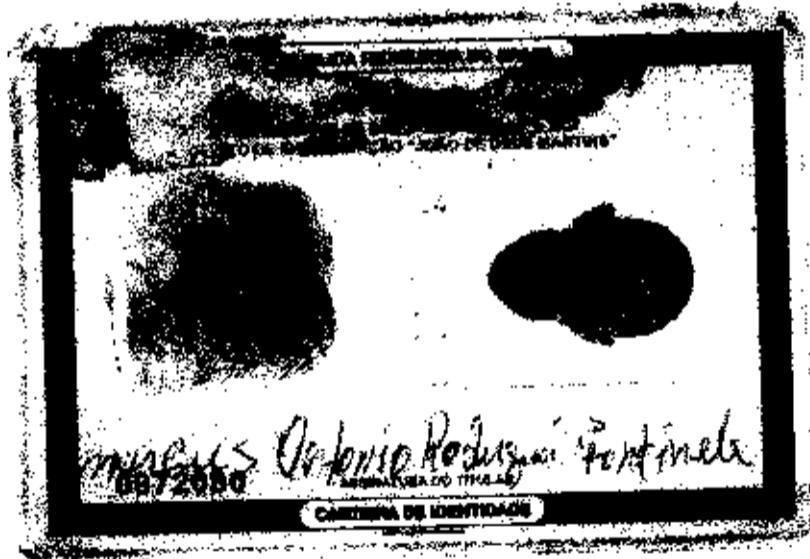
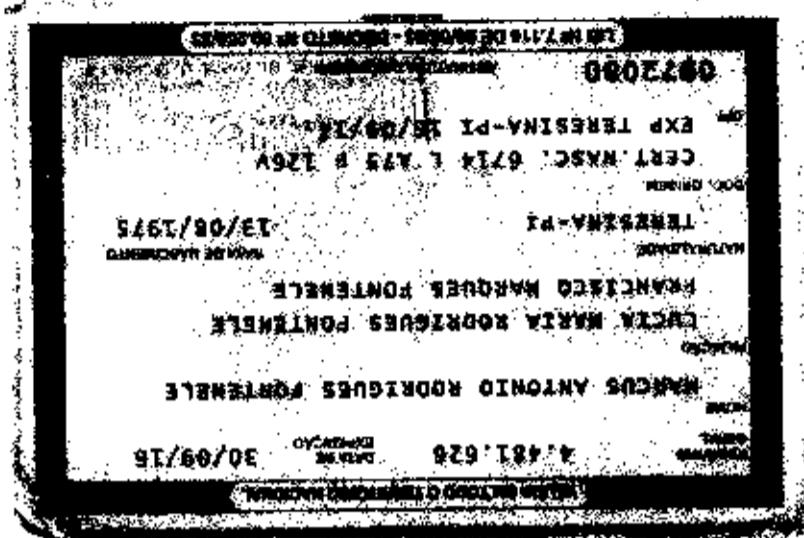
TERESINA 10 de JANEIRO de 2019

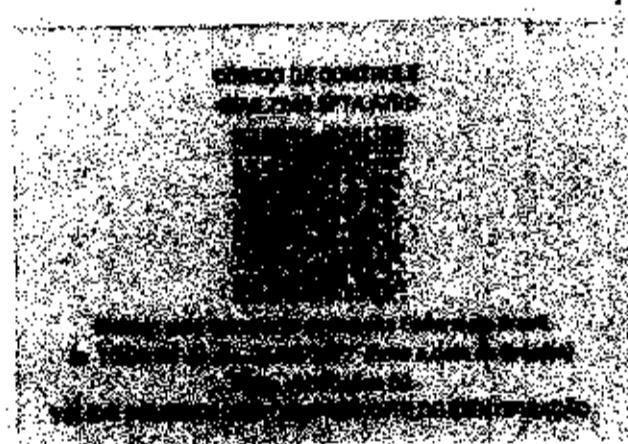
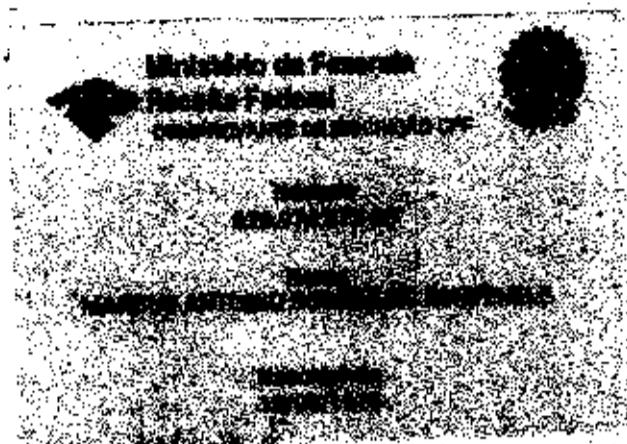
Local e Data

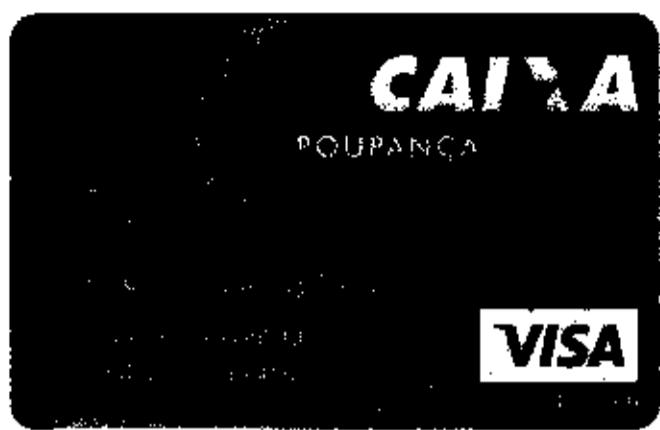
marcos antônio Rodrigues Fontenelle

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal









DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Lider.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador devem ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, evidentemente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar o formulário impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	<i>Francisco Marques Fontenelle</i>	CPF:	269.399.593-0	Data do óbito:	<i>12/04/2018</i>
Estado Civil:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Deixou nascituro? *Deixou nascituro?
Deixou companheiro(a)?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:			

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização naga pela seguradora, além de responder criminalmente por Infração ou artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1. Nome completo: *Maria Acácia dos Reis Fontenelle* Nome completo: *Francisco de Oliveira*
CPF: *607.332.583-03* CPF: *731.281.343-91* Testemunha: *10/01/2019*
TERESINA 10/01/2019



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 entre 16 e 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 ASL **3180476558** CPF da Vítima **269.399.593.00** Nome completo da vítima **Francisco Moraes Fontenelle**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ricardo de Araújo Fontenelle	CPF (titular da conta) 003.896.113.01	Profissão Motorista
Endereço Rua Major Manoel Lopes 1753	Número 2753	Complemento
Bairro Morada do Sol	Cidade TERESINA	Estado PI
Email	CEP	64056-363
	Telefone (DDD)	(86) 99522-5672

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

<input type="checkbox"/> RECLUSO/INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	NºIXI
0855	073	00112981	14
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	
AGÊNCIA Nº:	D/V	CONTA Nº:	D/V
(Inserir dígito se existir)		(Inserir 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.

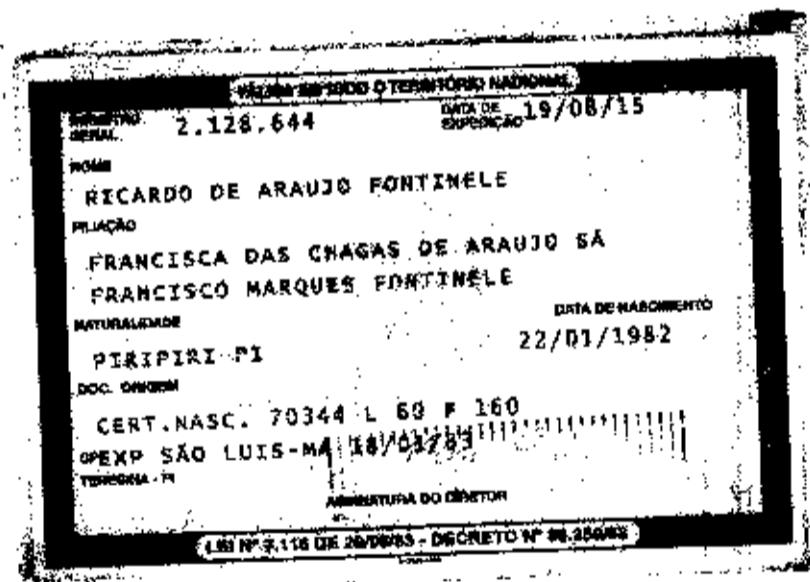
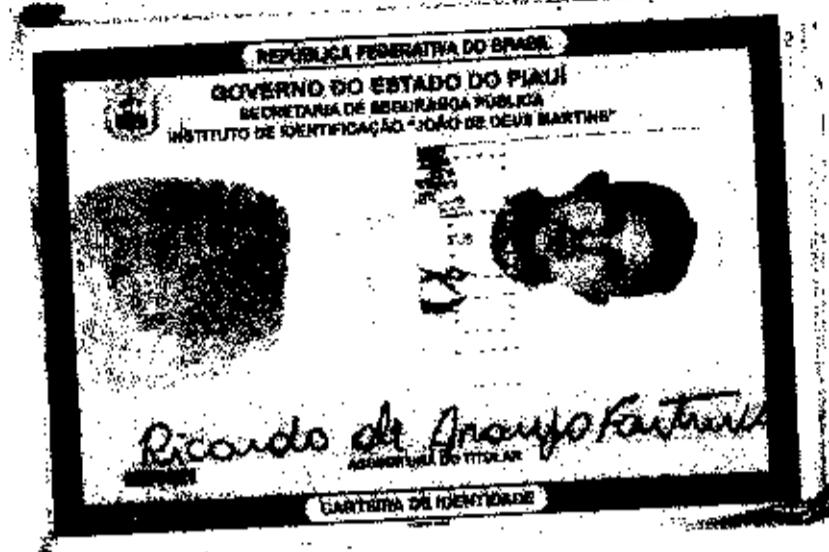
TERESINA, 10 de JANEIRO de 2019

Local e Data

Ricardo de Araújo Fontenelle

Família 1 - Assinatura do Beneficiário

Família 2 - Assinatura do Representante Legal



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Caixa de Pessoas Fiscais

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
003.896.113-01

Nome
RICARDO DE ARAUJO FONTENELE

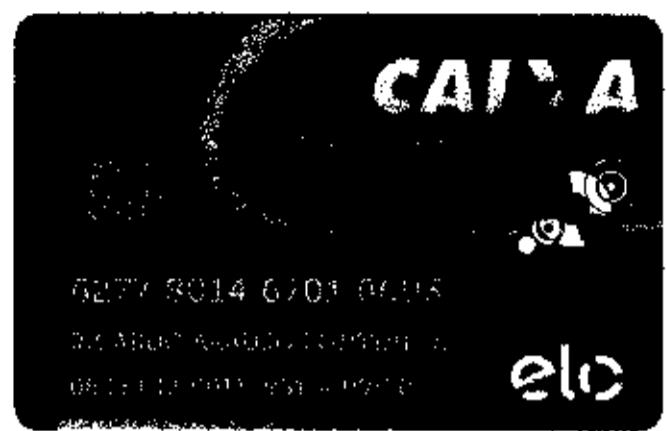
Nascimento
22/01/1982

VALIDAMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
8D6D.2EB9.E5B8.D28F

A autenticidade desse comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:44:07 de dia 14/09/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
31080476558

3 - CPF da vítima:
26939959300

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO MARQUES FONTELE

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

5 - Nome completo:

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

6 - CPF:
035.814.343-85

7 - Profissão:
RECLCLADORA

8 - Endereço:
RS ngico, s/n, qd-aa, bl-08, ap-601

9 - Número:
s/n

10 - Complemento:
PI

11 - Bairro:

PORTAL DA ALEGRIA

12 - Cidade:
TERESINA

13 - Fazenda:
PI

14 - CEP:
64037-430

15 - E-mail:

josuencves80@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

RECEBIDO
16 SET 2019
Seguradora Líder DPVAT

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, informar uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0578

CONTA: 00011869

4

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de mina a titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quinze (15) dias do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE 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 (IM) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 assinalado, 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 39, § 5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao seu referido conteúdo, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data de óbito da vítima: 12/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Víma de seu companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima é filha de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Víma: Sim Não

29 - Se tem filhos, informar se teve filhos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

30 - Víma de seu companheiro(a):

Sim

Não

31 - Víma de seu companheiro(a):

Sim

Não

32 - Se tem filhos, informar se teve filhos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

33 - Víma de seu companheiro(a):

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estarão sujeitos, ainda, de que qualquer emissão da documentação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

INFORMAÇÕES
SOBRE
VÍTIMA
BENEFICIÁRIO
OU DECLARANTE

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data: TERESINA, 29 DE AGOSTO DE 2019

Lucia maria Rodrigues de Oliveira



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES



REQUISIÇÃO DE EXAME PERICIAL CADAVÉRICO
(ACIDENTE DE TRÂNSITO)

Requisição s/n

Teresina, 12 de abril de 2018.

A(o)

Ilmo(a). Sr(a).

DD. Diretor(a) do Instituto de Medicina Legal

L O C A L

Senhor(a) Diretor(a),

A fim de instruir procedimento policial, requisito de V. Sa., providências no sentido de proceder a **Exame Pericial Cadavérico**, no(s) corpo(s) FRANCISCO MARQUES FONTENELE, brasileiro, natural de Teresina-Piauí nascido aos 20/06/1953, filho de Francisco Moreira Fontineli e Anita Pinto de Mesquita Fontineli, casado, autônomo, R.G 216487 SSP/PI, C.P.F 269.399.593-00, residente em vida na Rua 38 N. 1268 - Vila Uruguai. Segundo familiar o mesmo se envolveu em acidente de trânsito na rotatória do Vale do Gavião, no dia 07/04/2018, sendo socorrido para o HUT - Hospital de Urgência de Teresina, onde veio a óbito nesta data.

Na oportunidade formulo os seguintes quesitos:

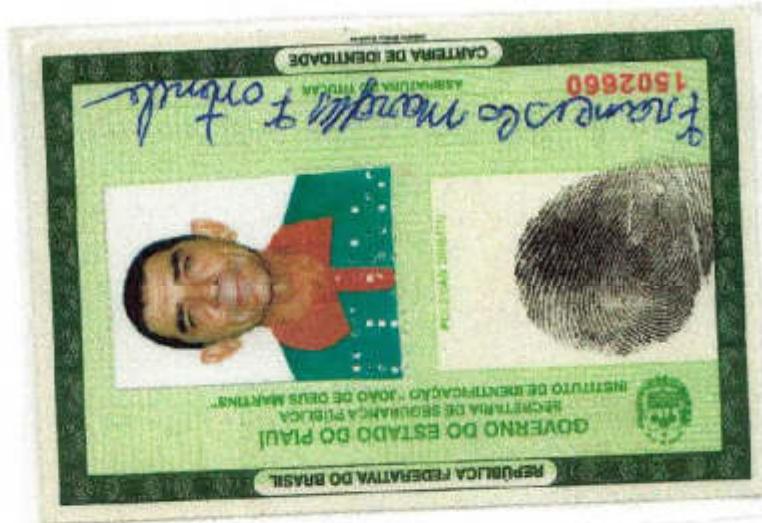
1. Houve morte?
2. Qual a causa da morte?
3. Qual o instrumento ou meio que a produziu?
4. Houve esmagamento, dilaceramento, ou outros tipos de lesões?
5. Tais lesões podem ter sido provocadas por acidente de trânsito?
6. Outros dados julgados úteis?

Cordialmente,

Del. Wesely Marques Leandro
DELEGADO(A) DE POLÍCIA CIVIL

OBS: ENCAMINHAR LAUDO PARA DELEGACIA REPRENSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITOS - DRCT.

Marto
12 04 18





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE

MATRÍCULA
078980 01 55 2018 4 00105 260 0055989- 67
(LIVRO C: 105 TERMO: 55989 FOLHA: 260)

SEXO MASCULINO	COR PARDA	ESTADO CIVIL E IDADE CASADO, 64 ANOS		
NATURALIDADE BURITI DOS LOPES-PI	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG- 218.437 SSP-PI CPF nº 26939659300	ELEITOR SIM		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA				
FILIAÇÃO: FRANCISCO MOREIRA FONTENELE e ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE				
RESIDÊNCIA: AVENIDA PREFEITO HUGO BASTOS, Nº 7021, BAIRRO VALE QUEM TEM, TERESINA-PI				
DATA E HORA DE FALECIMENTO DOZE DO MÊS DE ABRIL DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 16:20		DIA 12	MÊS 04	ANO 2018
LOCAL DE FALECIMENTO HUT- HOSPITAL ZENON ROCHA, TERESINA-PI				
CAUSA DA MORTE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, EDEMA CEREBRAL, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE, TUBERCULOSE PULMONAR				
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) CEMITÉRIO SANTO ANTONIO, EM TERESINA-PIAUÍ		DECLARANTE RENATO ARAÚJO FONTENELE		
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO JOAO BOSCO PARENTES VEIRA - 1399 PI				
OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES SEM INFORMAÇÃO				
NOME DO ÓFICIO: 3º ÓFICIO 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. Dto. nº.
Data e local: TERESINA-PI, 23 de Abril de 2018.

Assinatura do Oficial

Maria Carolina Araújo Lages
Maria Carolina Araújo Lages
Oficial(a) Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina - PI



AR PENBRASIL AA 009272993 BRP
www.arpenbrasil.com.br



*Francisco Marques Fontenele
1502660
269.399.593-00
1804180
31804180
89597085
04/11/10
11/02/1800
SEGURO DE VIDA
MAPFRE*







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

MATRÍCULA
078980 01 55 1974 2 00006 219 0001254- 68

(LIVRO B: 5 TERMO: 1254 FOLHA: 219)

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

FRANCISCO MARQUES FONTENELE, BRASILEIRO, NASCIDO EM BURITI DOS LOPEZ-PI, EM VINTE (20) DO MÊS DE JUNHO (06) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E TRÊS (1953), FILHO DE FRANCISCO MOREIRA FONTENELE E ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE.

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NASCIDA EM CAMPO MAIOR-PI, EM NOVE (09) DO MÊS DE JANEIRO (01) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E CINCO (1955), FILHA DE ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA

DATA DE REGISTRO POR EXTESSO

PRIMEIRO DO MÊS DE NOVEMBRO DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E SETENTA E QUATRO

DIA MÊS ANO
01 11 1974

REGIME DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/AMERBAÇÕES

CUMPRINDO O DISPOSTO NO ARTIGO DA LEI 6.015/73, COMUNICO-VOS QUE NO LIVRO C- 105, FLS- 260, SOB O NÚMERO 55989, FOI REGISTRADO O ASSENTO DE ÓBITO DE FRANCISCO MARQUES FONTENELE. DATA DO ÓBITO 12/04/2018.

NOME DO ÓFICIO: 3º ÓFICIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAUJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO

Encolhimento pagos	Cartório	Feminino	Rele	Total R\$
2º Via de casamento, com averbação, além da buca	33,88	6,57	0,25	30,68

2º VIA

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dado N.
Data e local: TERESINA-PI, 23 de Abril de 2018.

Assinatura do Oficial

IVone Araujo Lages
Oficial Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina - PI



Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário do
Estado do Piauí
Atto de Notar,
Registrar e
Judiciar

CERTIDÃO
Nº AAK-52159



ARSENBRASIL AA 009272986 BRP
AUTENTICAÇÃO AUTÔMATICA DA DOCUMENTAÇÃO PÚBLICA



DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

cc. 15) Tipo de Serviço Prestado, sendo:

Nôtre-dame de la Paix

S.º Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais

卷之三

Sistemas de Información y Gestión de la Producción

Número da folha

4. União e dissensos

hahah (3000513) Número do Termo

23. **Uma e Amanhã** (1995) 24. **Uma Elegante** (1996)

Drei weitere Gedichte

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante lucia maria Rodrigues de oliveira,

portador(a) do documento de identidade nº 2006030093052 expedido por SSP/PI, em 07/03/2006 inscrito no CPF sob o nº 035.814.343-85, residente na cond-Dunas, RS-Cingóes, Q-AA, BL-08, AP. 601, nº 351m, complemento , Bairro Portal das Alúrias, cidade Teresina, Estado PI.

2. Outorgado felix villa nunes,

portador(a) do documento de identidade nº 2.042.02.4, expedido por SSP/PI, em 11/10/18, inscrito no CPF sob o nº 643.121.353-04, residente na C-Dilla Beethoven, n. 585, C-09, nº 585, complemento , Bairro Uruguai, cidade Teresina, Estado PI.

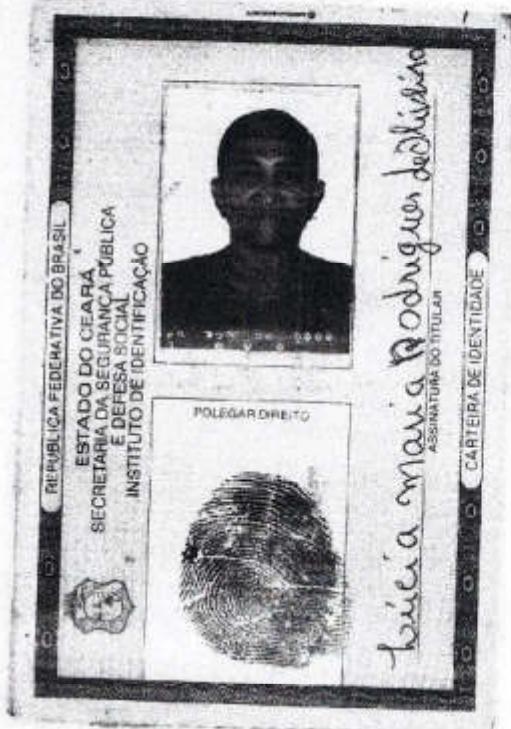
Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Teresina, 05 de setembro de 2019

Outorgante lucia maria Rodrigues de oliveira

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.



CÓDIGO DE CONTROLE
3249.092B.1F63.F242

A autenticidade desse compromisso deve ser confirmada no Internet, no endereço

www.nature.com/scientificreports/

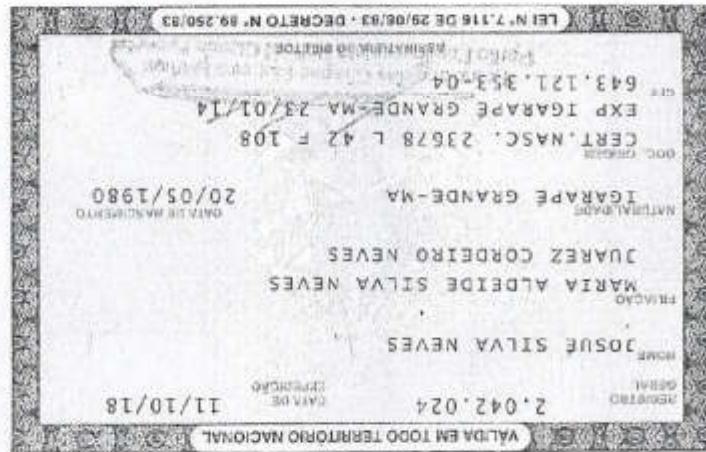
Crescimenti esistenziali nella

Secretaria da Receita Federal do Brasil

卷之三

卷之三

Nascimento
09/01/1955
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO - CENTRO / NORTE
GERÊNCIA DE SERVIÇOS URBANOS - GSU
DIVISÃO DE SERVIÇOS DIVERSOS - DSD

98824-1206

AS 09.30 h

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE REABERTURA DE SEPULTURA

Eu Rita de Cássia Pinto Fontenelle fime

Naturalidade (PI) Estado Civil CASADA

Profissão Adv. FCR Residente e Domiciliado(a) Rua

N. SRE DO P. Senhor nº 2816 Bairro EDENÇAO

Carteira de Identidade RG 761.917.558-PI

fico responsável junto a SDU - Centro/Norte pela reabertura da sepultura localizada no
Cemitério SANTO ANTONIO

na Seção 2 Quadra 01 Fila I Cova Nº 15, dados anteriores/

Quadra 10 Secção J Bloco 03 Cova Nº 208, Placa 4855/04

Grau de parentesco do perpetuante: A REPELICADORA

OBS. Reaberta para sepultar Fco MARQUES FONTENELLE

Em 13/04/2018

Teresina (PI) 13/04/2018

Assinatura

Visto do Funtur - Sua. Doutor
Auxiliar Administrativo
Cemitério Santo Antônio
SDU CENTRO NORTE

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante lucia maria Rodrigues de oliveira,

portador(a) do documento de identidade nº 2006030093052 expedido por SSP/PI, em 07/03/2006 inscrito no CPF sob o nº 035.814.343-85, residente na cond-Dunas, RS-Cingóes, Q-AA, BL-08, AP. 601, nº 351m, complemento , Bairro Portal das Alúrias, cidade Teresina, Estado PI.

2. Outorgado felix villa nunes,

portador(a) do documento de identidade nº 2.042.02.4, expedido por SSP/PI, em 11/10/18, inscrito no CPF sob o nº 643.121.353-04, residente na C-Dilla Beethoven, n. 585, C-09, nº 585, complemento , Bairro Uruguai, cidade Teresina, Estado PI.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Teresina, 05 de setembro de 2019

Outorgante lucia maria Rodrigues de oliveira

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE : 003.896.113-01

Comprovante de residência

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE : 626.974.673-60

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/02/2019

Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

CPF: 626.974.673-60

Data do cadastramento: 05/02/2019

Nome: RAISSA MARQUES GOMES

CPF: 479.614.998-81

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

RAISSA MARQUES GOMES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE : 003.896.113-01

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE : 626.974.673-60

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/02/2019

Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

CPF: 626.974.673-60

Data do cadastramento: 13/02/2019

Nome: RAISSA MARQUES GOMES

CPF: 479.614.998-81

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

RAISSA MARQUES GOMES