

Consultas: x | Email - Reinald: x | Zimbra: Entrada: x | ThemisWeb - C: x | Portal do Advogado: x | Publicações on: x | Consultas: x | 0800026-46.20: x

tpi.pje.jus.br/pje/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=183619&ca=e95813676b30f8609ed9076b68ae9ea2...

PJEC 0800026-46.2019.8.18.0058
INACIO DA SILVA QUEIROZ X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGU...

8329833 - CONTESTAÇÃO (2693924 CONTESTACAO 01)
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 12/02/2020 11:27:03

12 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

- 8329818 - CONTESTAÇÃO
 - 8329833 - CONTESTAÇÃO (2693924 CONTESTACAO 01)
 - 8329837 - Documentos (2693924 CONTESTACAO Anexo 02)
 - 8329841 - Documentos (Anexo 03 subs atos procuracao compressed)
 - 8329842 - Documentos (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 8330144 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS (SUBSTABELECIMENTO)

07 Feb 2020

JUNTADA DE CARTA

- 8236730 - CARTA
 - 8236733 - CARTA (Carta de citação enviada 026)

downloadBinario.seam 1 / 8

JOÃO BARBOSA
ADVOCADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JERUMENHA/PI

Processo n.º 08000264620198180058

PT 11:27 12/02/2020



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JERUMENHA/PI

Processo n.º 08000264620198180058

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **INACIO DA SILVA QUEIROZ**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Alegam os Autores em peça vestibular que sua mãe, CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA, foi vítima fatal de acidente automobilístico ocorrido em 15/10/2017.

Cumpre esclarecer que, em que pese os autores terem realizado o requerimento do pagamento através da via administrativa, o sinistro foi cancelado por inatividade, haja vista que os mesmos não apresentaram a documentação necessária para a perfeita regulação do sinistro.

Não obstante, em qualquer hipótese de acidente, a atitude normal do segurado é procurar a seguradora, para que esta regule, primeiramente, o sinistro. somente em caso de não pagamento, ressarcimento incompleto ou de mora, as demandas devem ser ajuizadas.

ASSIM, TENDO A AUTORA DEIXADO DE APRESENTAR A DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA POR LEI, CARECENDO O AUTOR DE UMA CONDIÇÃO ESPECÍFICA DO REGULAR EXERCÍCIO DO DIREITO DE AÇÃO, QUAL SEJA, INTERESSE DE AGIR.

Compulsando atentamente aos autos, em nenhum momento foi demonstrado e comprovado de forma contundente que a parte autora faz jus ao pleito deduzido na presente demanda, devendo o pleito ser julgado extinto em virtude da inocorrência de mora por parte da Ré.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/20151, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DA FALTA DE INTERESSE DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o *INTERESSE PROCESSUAL*.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

DA ILEGITIMIDADE “AD CAUSAM” DE PARTE NO PÓLO ATIVO DA PRESENTE DEMANDA

Apenas por precaução, salienta-se quanto a imperiosa necessidade de se verificar a qualidade de únicos beneficiários dos Autores para pleitearem a verba indenizatória do Seguro Obrigatório DPVAT, em sua totalidade.

Cumprido destacar que a Lei 11.482/07, deu nova redação ao artigo 4º da Lei 6.194 e estabeleceu que a indenização, no caso de morte, será paga de acordo com o disposto no artigo 792 do Código Civil.

Considerando que o artigo 792 do Código Civil prevê que metade da indenização será paga ao cônjuge, e o restante será dividido entre os herdeiros, imperioso se verificar a qualidade de únicos beneficiários dos Autores na presente demanda.

DO MÉRITO

DA FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O art. 5º parágrafo 3º da lei nº 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

CONSTATA-SE O LAUDO DO INSTITUTO MÉDICO LEGAL CERTIFICA, COM A EXATIDÃO QUE A LEI DETERMINA A CAUSA MORTIS DA VÍTIMA COMO SENDO ORIUNDA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NOTICIADO.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

Cumprе salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que a autora possa receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar a qualidade de únicos beneficiários, devendo restar claro que a vítima não deixou outros herdeiros.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação6.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas, **ANTE A AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DOS AUTORES PARA RECEBER A INDENIZAÇÃO EM SUA TOTALIDADE, REQUER SEJA JULGADA EXTINTA SEM JULGAMENTO DO MÉRITO, NOS TERMOS DO ART. 485, V, DO CPC DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL/2015.**

Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

Por fim, ressalta a necessidade da intervenção do Ministério Público nos casos de interesse de incapazes, sob pena de nulidade processual, conforme artigo 178, II c/c art. 279 do Código de Processo Civil.

PARA FINS DO EXPRESSO NO ARTIGO 106, INCISO I, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, REQUER A RÉ QUE TODAS AS INTIMAÇÕES SEJAM ENCAMINHADAS AO ESCRITÓRIO DE SEUS PATRONOS, SITO NA RUA SÃO JOSÉ, Nº 90, GRUPO 810/812, CENTRO, RIO DE JANEIRO-RJ, CEP: 20010-020 E QUE AS PUBLICAÇÕES SEJAM REALIZADAS, EXCLUSIVAMENTE, EM NOME DO PATRONO EDNAN SOARES COUTINHO, INSCRITO SOB O Nº 1841/PI, SOB PENA DE NULIDADE DAS MESMAS.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 13 de agosto de 2019.

EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob n.º 5367 , ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **INACIO DA SILVA QUEIROZ**, em curso perante a **ÚNICA VARA CÍVEL** da comarca de **JERUMENHA**, nos autos do Processo nº 08000264620198180058.

Rio de Janeiro, 7 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 779488

INACIO DA SILVA QUEIROZ

FZ CALUMBI, S/N ,

B-RURAL

64830000 JERUMENHA

PI

CÓDIGO ÚNICO 9954376	MÊS 10/2017	PERÍODO DE CONSUMO 20/09/2017 a 18/10/2017
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 26/10/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 7,53

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 9954376	MÊS 10/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 7,53
--------------------------------	-----------------------	----------------------------------

8360000000007.075300170000.000000009951.437610170056

Comprovante de residência



**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 779488

INACIO DA SILVA QUEIROZ

FZ CALUMBI, S/N ,

B-RURAL

64830000 JERUMENHA

PI

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
9954376	10/2017	20/09/2017 a 18/10/2017
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
30	26/10/2017	R\$ 7,53

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
9954376	10/2017	R\$ 7,53

836000000007 0753000170000000000000009951.437610170056

Comprovante de residência



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DO PIAUÍ

06 981.244 / 2016 - 91

JERUMENHA - REGISTRO DE ATOS

Praga Santa Rita, 174 Dan

Jerumenha - PI

Comarca de JERUMENHA
Município de JERUMENHA
Distrito de JERUMENHA
JOÃO FRANCISCO TOMAZ DA SILVA.

Oficial em exercício do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICADO que a fl. 271 do livro A 46 sob Nº de
Ordem 8.252, foi lavrado o ato de nascimento de CLARA VICTORIA DE
SILVA QUEIROZ,
do sexo feminino, nascida(a) no dia 04 de maio de dois
mil e seiscentos e cinco (05/05/2005),
de 5:35 horas em nesta cidade, no Hospital Adelar Rocha,
filha(a) de INÁCIO DA SILVA QUEIROZ,
e de Dona CINTIA ROBERTA DA SILVA SOUSA,
baptizado(a) pelos pais FRANCISCO MARQUES DE QUEIROZ,
e Dona MARIA DA GLEZA DA SILVA QUEIROZ,
e avós maternos JOSE TEIXEIRA DE SOUSA,
e Dona LÚCIA ALVES DA SILVA SOUSA,
O assento foi lavrado em 04 de agosto de 2006, tendo sido declarante
o genitor.
de testemunhas A s constantes do termo.
Observação: Nada há a ressaltar.

O referido é verdade e dou fé.

em 02 de agosto de 2006.

SECRETARIA DE REGISTRO CIVIL 05-18-2017 09:57 175319 1/1

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 779488

INACIO DA SILVA QUEIROZ

FZ CALUMBI, S/N.

B-RURAL

64830000 JERUMENHA

PI

CÓDIGO ÚNICO 9954376	MÊS 10/2017	PERÍODO DE CONSUMO 20/09/2017 a 18/10/2017
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 26/10/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 7,53

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 9954376	MÊS 10/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 7,53
--------------------------------	-----------------------	----------------------------------

838000000007 075300170000 000000009951.437610170056

Comprovante de residência



CANTORIO DO 2º OFÍCIO DE
NOTAS E REGISTRO CIVIL
Sede: R. de Guadalupe A. Pilar Pinto
Fone: (067) 344-1111
Jodo Francisco Tomaz da Silva
Secretário

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PIAUI
COMARCA DE JERUMENHA
MUNICÍPIO DE JERUMENHA
DISTRITO DE JERUMENHA

JOÃO FRANCISCO TOMAZ DA SILVA

Oficial em exerc. do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 300 do livro A 46 sob nº de
Ordem 8.396 foi lavrado o assento do nascimento de KAILINE FRANCISCA
DE SOUSA QUEIROZ.

do sexo feminino nascid. a no dia quatro de dezembro de
dois mil e seis (04/12/2006).

às 12:45 horas em cidade de Guadalupe - PI.

filh. a de INÁCIO DA SILVA QUEIROZ.

e de Dona CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA.

Sendo avós paternos Francisco Marques de Queiroz.

e Dona Maria da Guia da Silva Queiroz.

e avós maternos José Teixeira de Sousa.

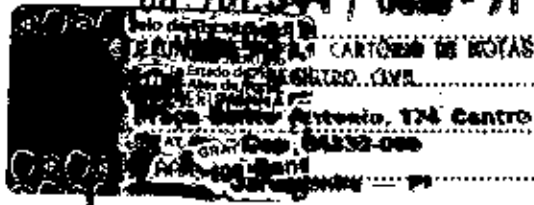
e Dona Luzia Alves da Silva Sousa.

O assento foi lavrado em 26 de março de 2007 tendo sido declarante
O Genitor.

e serviram de testemunhas as constantes do termo.

Observações: ressalva-se a rebatida onde lê-se: 26 de março de "2007"
- Nada mais há a ressaltar -

06-981.344 / 0006-91



O referido é verdade e dou fé.

Jerumenha, 26 de março de 2007

Serventia Oficializada

João Francisco Tomaz da Silva

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**Eu, DIONES MARQUES DOS REISRG nº 2.311.599, data de expedição 28 / 10 / 2014, Órgão SSP/PI

CPF nº 941.710.253-20, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA DIAS D'AVILA
Número	34
Apto / Complemento	
Bairro	CENTRO
Cidade	JERUMENHA
Estado	PIAUÍ
CEP	64830-000
Telefone de Contato	89-99407-7283
E-mail	leydermann2012_75@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JERUMENHA, PI, 03/11/2017Assinatura do Declarante: Diones Marques dos Reis



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0290945-6

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.940.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia (Eletrobras - Série B-1)
Regime especial de Imposto de Renda autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal: 000174397

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2017	13/10/2017	202	169,08

JOSE BENEDITO DA S. OLIVEIRA
R. DIAS DAVILA 34 S/C B-URBANO
CPF: 00006518141387
CEP: 64.830-000 - JERUJENHA

ROT: 189.819.05.21.036300

DADOS DA LEITURA	kWh	DATAS DA LEITURA
Atual:	11517	Atual: 05/10/2017
Anterior:	11315	Anterior: 05/09/2017
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura: 06/11/2017
Consumo Medido:	202	Emissão: 05/10/2017
Consumo Faturado:	202	Aprovação: 05/10/2017

Forma de Faturamento: NORMAL

Código de Irregularidade:

Dias de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Uso	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1442566		1.1.1.1	349

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/17 294	CONSUMO 202 A R\$ 0,704529 = 142,31
AGO/17 288	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 15,00
JUL/17 319	MULTA POR ATRASO (2x) 7,66
JUN/17 378	JUROS DE MORA DE IMPORTE / SER 4,11
MAI/17 393	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 3,36
ABR/17 369	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 1,16
MAR/17 339	
FEV/17 248	
JAN/17 390	
DEZ/16 351	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 202 - 0,498775	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAJUSTO DE VENCIMENTO

A PARTIR DE 28/09/2017, HOUE REAJUSTE TARIFARIO MEDIO A SER PERC
27,63% (RESOLUCAO ANCEL 2-305/2017).
Parabens! Até o dia 28/09/2017, nao constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 88AF.1344.7020.9CAC.0E38.73E4.8369.125C

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	28,31	Base de Cálculo:	142,31
Energia:	53,81	Alíquota ICMS:	25,00%
Transmissão:	8,46	Valor do ICMS:	35,57
Encargos:	8,57	Valor do PIS:	1,35
Tributos:	43,16	Valor do COFINS:	6,24

INDICADORES DE CONTINUIDADE

	DIE			FIC			DMIC		DICI	
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Mensal	Trimestral
Limite	5,57	11,34	22,69	3,36	6,72	13,45	3,29			
Realizado	0,00			0,00			0,00			

Conjunta FLORIANO

Período de
apuração: 08/2017 - EMISSÃO: 70,25

ROT: 189.819.05.21.036300

Eletrobras Distribuição Piauí		SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
		0290945-6	169,08
		MÊS FATURADO	VENCIMENTO
		10/2017	13/10/2017
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI CNPJ: 06.940.748/0001-89 Insc. Estadual: 19.301.383-5		Nº da Nota Fiscal: 000174397	FCAM

83680000001 7 69080017000 1 000000000290 7 94561017008 2





DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

DIONES MARQUES DOS REIS, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº 2311599, CPF nº 941 710 253-20, residente na Rua PRACA DIAS D'AVILA, 34, declaro em sã consciência que convivia, na condição de **cônjuge**, com CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA (nome da vítima de acidente coberto pelo Seguro Dpvat), até a data do seu falecimento.

Declaro ainda que o / a mesmo / a DEIXOU (deixou / não deixou) 04 (**quantidade**) descendentes, entre filhos naturais e adotivos.

Esta declaração é a expressão da verdade, pela qual me responsabilizo perante a lei (Artigo 299 do Código Penal).

Cidade e data: Terremenda 01 de Novembro 2017

Assinatura do Cônjuge: Diones Marques dos Reis

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS



Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 15/10/2017, faleceu em 15/10/2017, no estado civil de CASADA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
<u>1. FRANCISCO RIKELME DE S. QUEIROZ</u>	<u>FILHO</u>	<u>4166257</u>	<u>026948043-86</u>
<u>2. CRYSTIAN VIERY SOUSA QUEIROZ</u>	<u>FILHO</u>	<u>4166905</u>	<u>026948233-30</u>
<u>3. CLARA VITÓRIA DE SOUSA QUEIROZ</u>	<u>FILHA</u>		<u>026948353-46</u>
<u>4. KAILINE FRANCISCA DE SOUSA QUEIROZ</u>	<u>FILHA</u>		<u>092051113-92</u> *
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou ☒ deixou companheira(o) de nome DIO NES MARQUES DOS REIS.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)(s) declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros/beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Terrenha, 01/11/2017
LOCAL E DATA

Francisco Rikeme De S. Queiroz
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
<u>1. INÁCIO DA SILVA QUEIROZ</u>	<u>2112297</u>	<u>91538041381</u>	<u>Inácio da Silva Queiroz</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
<u>1. LEYDERMAUN CARREIRO DE OLIVEIRA</u>	<u>1485239</u>	<u>743653473-49</u>	<u>Leydermaun Carreiro de Oliveira</u>
<u>2. YAPONYRA REIS DA SILVA E. OLIVEIRA</u>	<u>2287692</u>	<u>995625613-22</u>	<u>Yaponyra R. da Silva E. Oliveira</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16 ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 15/10/2012, faleceu em 15/10/2012, no estado civil de CASADA (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1. <u>CRYSTIAN VIERY SOUSA GUEIROZ</u>	<u>FILHO</u>	<u>4166 905</u>	<u>076 948233-30</u>
2. <u>CLARA VITORIA DE SOUSA GUEIROZ</u>	<u>FILHA</u>		
3. <u>KAILUE FRANCISCA DE SOUSA GUEIROZ</u>	<u>FILHA</u>		<u>092 051 113-92</u>
4.			
5.			

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda que a vítima () não deixou companheira(o) ou ☒ deixou companheira(o) de nome DIONES MARQUES DOS REIS.

Por ser expressão da verdade, sem qualquer vício da vontade ou consentimento, o(a)s declarante(s) firma(m) a presente, juntamente com 2(duas) testemunhas, assumindo a responsabilidade pelas informações prestadas, tanto na esfera administrativa como judicial, com o encargo de responder(em) perante outros herdeiros /beneficiários, além dos informados, que possam reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE
LOCAL E DATA	ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL ou ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>INACIO DA SILVA QUEIROZ</u>	<u>2112297</u>	<u>91538041381</u>	<u>Inácio da Silva Queiroz</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>LEYDER DA SILVA CARREIRO DE OLIVEIRA</u>	<u>1485239</u>	<u>74365347349</u>	<u>LEYDER DA SILVA CARREIRO DE OLIVEIRA</u>
2. <u>YADOURA REIS DA SILVA E. OLIVEIRA</u>	<u>2287692</u>	<u>99562561372</u>	

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

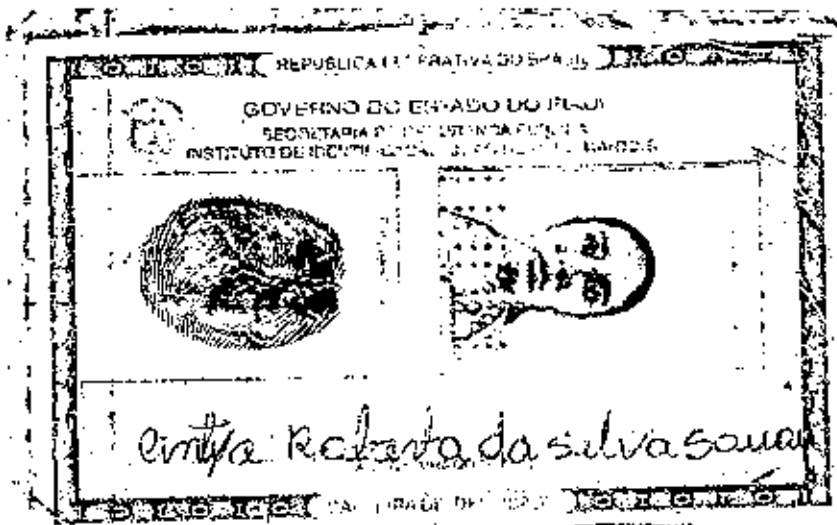
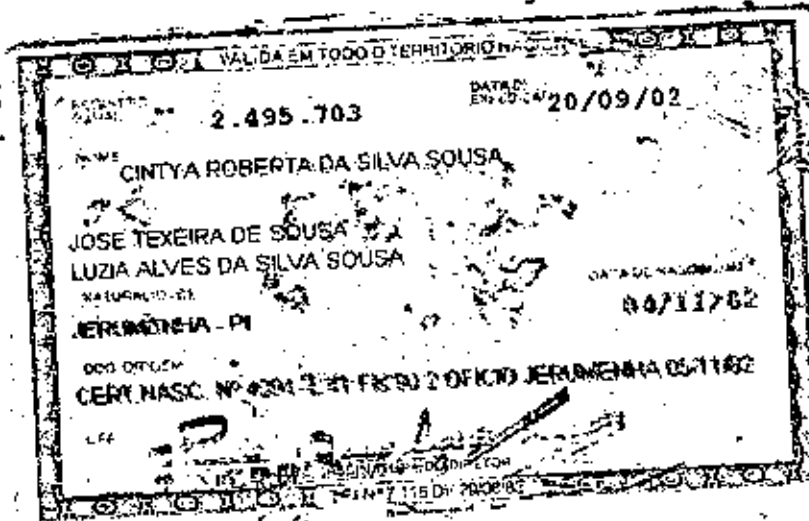
- Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- Caso o herdeiro legal possua entre 16ANOS (COMPLETOS) e 18 ANOS (INCOMPLETOS), o beneficiário deverá assinar normalmente no campo Assinatura do Declarante, e o Representante Legal ou Assistente deverá preencher e assinar no quadro (1).



04/11/1982
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO

Sandra Maria de Guadalupe A Villar Pinto
Escriturá Judicial

José Francisco Torres us Silva
Analista Judicial



68-121-267 03:56 375315 1/1
55-121-267 03:56 375315 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0444584/17

Vítima: CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

CPF: 565.653.993-87

Data do Acidente: 15/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de óbito

Documentos de identificação

CLARA VITORIA DE SOUSA QUEIROZ : 076.948.353-46

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

CRYSTIAN VIERY SOUSA QUEIROZ : 076.948.233-30

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

DIONES MARQUES DOS REIS : 941.710.253-20

Autorização de pagamento

Certidão de casamento

Comprovante de residência

Declaração cônjuge

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

FRANCISCO RIKELME DE SOUSA QUEIROZ : 076.948.043-86

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

KAILINE FRANCISCA DE SOUSA QUEIROZ : 092.051.113-92

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/11/2017

Nome: CLARA VITORIA DE SOUSA QUEIROZ

CPF/CNPJ: 076.948.353-46

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/11/2017

Nome: MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS

CPF: 070.164.987-94

CLARA VITORIA DE SOUSA QUEIROZ

MARCO ANTONIO LOUREIRO DOMINGOS



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

MORTE **M**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA CINCYA ROBERTA DA SILVA SAUSA 9

DATA DO ACIDENTE 15/10/2017 ✓ CPF DA VITIMA 56565399387

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL (X) BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VITIMA É CONJUGE

ENDEREÇO DO PORTADOR PRACA DIAS D'ÁVILA

Nº 34 COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO

IDADE 26 ANOS UF PI CEP 64820-000

E-MAIL LETERCIANINHO2018@GMAIL.COM TELEFONE (99) 99409-2933

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CERTIDÃO DE ÓBITO DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) LAUDO CADAVÉRICO (IM) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

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

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS DO CONJUGE (MARIDO OU MULHER)

(X) CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CONJUGE CASADO COM A VITIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VITIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS

DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)

() PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO A RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VITIMA

DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CONJUGE

() PROVA DE COMPANHEIRISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO A RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CONJUGE (MARIDO OU MULHER)

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

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

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

DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(Á) DA VITIMA

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

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

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

() CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VITIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/11/2017

IDENTIDADE d. 311-509

ASSINATURA Carine Maciel

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 03/11/17 MATR. CORREIOS 85223M2

NOME Eugenio R. Sousa

ASSINATURA [Assinatura]

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADADES	
DETRAN - PI Nº 010599746235 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA COD. RENAVAM 274351749	EXERCÍCIO 2018
NOME JOSE RIBEIRO SOARES	
PLACA ANT / UF 9C20C4110BR418334	
PLACA NIU-7269	OPF / CNPJ 16051483349
CLASSE 9C20C4110BR418334	
ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NEUTRA	
ANO FAB. 2010	
ANO MOD. 2010	
COR PREDOMINANTE PRETA	
CATEGORIA PARTICU	
CAP, POT / CL 0029/124CC	
COTA UNICA 0029/124CC	
VENÇ. COTA UNICA 0029/124CC	
VENÇ. COTAS 0029/124CC	
FAIXA / RVA 0029/124CC	
PARCELAMENTO / COTAS 0029/124CC	
PAGO 0029/124CC	
PREMIO TÁXPAGO (R\$) 0029/124CC	
PREMIO TÁXPAGO (R\$) 0029/124CC	
DATA DE PAGAMENTO 0029/124CC	
OBSERVAÇÕES SEM RESTRICÇÕES	
LOCAL FLORIANO	
DATA 10/10/201	

Identificação	1 Tipo de óbito ☒ Fetal ☐ Não Fetal	2 Data do óbito 13/10/2017 12:30	3 Cor do SUG	4 Naturalidade SERGIANA
	5 Nome da falecida CENAYA ROBERTA DA SILVA SOUSA			
	6 Nome do Pai JOSE ALBERTO DA SILVA	7 Nome da Mãe		
	8 Data de nascimento 01/11/1982	9 Sexo ☒ F - Feminino ☐ M - Masculino	10 Raza/Cor ☒ Branca ☐ Preta ☐ Amarela ☐ Indígena	11 Situação conjugal ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Iger
Residência	12 Escolaridade (última série concluída) Nível ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)		13 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) DO CAR	
	14 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA DAS PAULAS		15 CEP	
	16 Bairro/Distrito CENTRO	17 Código	18 Município de residência SERGIANA	19 Código
	20 Local de ocorrência do óbito ☐ Hospital ☐ Domicílio ☐ Outros		21 Estabelecimento BR-135 / Estrada de Paulo	
Ocorrência	22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc) Estrada de Paulo - BR-135		23 CEP	
	24 Bairro/Distrito CENTRO	25 Código	26 Município de ocorrência SERGIANA	27 Código
	PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE			
	28 Idade (anos) 29 Escolaridade (última série concluída) Nível ☐ Sem escolaridade ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série)			
Fetal ou menor que 1 ano	30 Número de filhos vivos 31 Nº de gestações 32 Tipo de gravidez ☐ Única ☐ Dupla ☐ Tripla e mais ☐ Ignorada		33 Tipo de parto ☐ Vaginal ☐ Cesáreo ☐ Ignorada	
	34 Morto em relação ao parto ☐ Antes ☐ Durante ☐ Depois ☐ Ign		35 Peso ao nascer 36 Número da Declaração de Nascimento	
	37 Óbito de mulher em idade fértil ☐ Na gravidez ☐ No parto ☐ No puerpério			
	38 Assistência médica ☐ Recebeu assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorada			
Condições e causas do óbito	39 Causas da morte PARTE I Doença ou lesão médica que causou diretamente a morte. CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbosos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.		40 Anote somente um diagnóstico por linha a) Trauma craniano b) Acidente com moto c) Devido ou como consequência de: d) Devido ou como consequência de:	
	41 Parte II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entram em pauta, na cadeia causal.		42 Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	
	43 Nome do Médico Sérgio K. W. B. B. B.		44 CRM 2503	
	45 Endereço de contato (telefone, fax, e-mail, etc) (41) 9421-2625		46 Assinatura Sérgio K. W. B. B. B.	
Causas externas	47 Prováveis circunstâncias de morte não natural (informações de caráter assistencial epidemiológico) 48 Tipo ☐ Homicídio ☐ Suicídio ☐ Acidente de trabalho ☐ Acidente de trânsito ☐ Acidente doméstico ☐ Acidente de natureza desconhecida		49 Fonte da informação ☐ Hospital ☐ Família ☐ Outros ☐ Ignorada	
	50 Descrição sumária do evento ACIDENTE DE LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA		51 Tipo de local de ocorrência do acidente ou evento ☐ Via pública ☐ Endereços de residência ☐ Outros ☐ Ignorada	
	52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc) RUA DAS PAULAS		53 CEP	
	54 Registro 9.7.52514018		55 Data 13/10/2017	
Cartório	56 Cartório UNICO		57 Testemunhas A B	

SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE - SECRETARIA DE SAÚDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



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

POLÍCIA DELEGADA



Francisco Rikelme de Sousa Queiroz
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.166.257

DATA DE
EXPEDIÇÃO 09/01/15

NOME

FRANCISCO RIKELME DE SOUSA QUEIROZ

FILIAÇÃO

CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA
INACIO DA SILVA QUEIROZ

NATURALIDADE

FLORIANO-PI

DATA DE NASCIMENTO

16/06/2001

DOC. ORDEM

CERT. NASC. 7287 L 46 F 22

EXP JERUMENHA-PI 29/06/01

TERESINA - PI

076.948.043-86 ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.118 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Documentos de identificação



SELEÇÃO LINE POINT LT 09-05-2017 08:36 375317 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

FOLSECA DIREITO



Crystian Viery Sousa Queiroz
0534817

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

4.166.905

DATA DE
EXPIRAÇÃO

13/01/15

NOME

CRYSTIAN VIERY SOUSA QUEIROZ

FILIAÇÃO

CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA
INÁCIO DA SILVA QUEIROZ

NATURALIDADE

FLORIANO-PI

DATA DE NASCIMENTO

18/10/2002

DOC. ORIGINAL

CERT. NASC. 7647-LEA46-F-112V -

EXP. JERUMENHA 16/25/10/02

TEMPERATURA - PI

076.948.233-30

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/04/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Documentos de identificação



SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA - PIAUÍ
05-06-2017 09:56:37 5318 1/1

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
INACIO DA SILVA QUEIROZ

Nº de inscrição
916380413-91

Data de Nascimento
05/01/81



TÍTULO ELEITORAL

INACIO D. SILVA QUEIROZ

DATA DE NASCIMENTO: **05/01/1981** N.º INSCRIÇÃO: **252804613/54** ZONA: **245** COT: **602**

MUNICÍPIO: **JERUMENHA** ESTADO: **PI**

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca - SEAP/PR

CARTEIRA DE PESCADOR(A) PROFISSIONAL

Nº de inscrição: **543791**

VALIDADE: **05/01/2009**

Nome: **INACIO DA SILVA QUEIROZ**

Profissão: **PESCA ARTESANAL**

Nº de inscrição: **2112287** SSP/PI: **8/1/1981**

Nº de inscrição: **543791** SEAP: **14/11/2006**



Inacio da Silva Queiroz

CARTÃO DE IDENTIDADE

Inacio da Silva Queiroz



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

Documentos de identificação

TERMINAL VALADARES - TERRITÓRIO NACIONAL

INACIO D. SILVA QUEIROZ
Francisco Marques de Queiroz
Maria da Guia da Silva Queiroz

Jerumenha - PI **08/06/1981**

NACIONALIDADE: **BRASILEIRO** 2.997 Lv. 3-41 Flo. 72-V.

Exp. Jerumenha - PI **05/10/1980**

Francisco Marques de Queiroz

TERMINAL VALADARES - TERRITÓRIO NACIONAL

FRANCISCO MARQUES DE QUEIROZ
MARIA DA GUIA DA SILVA QUEIROZ

SINO-JERUMENHA

DATA DE NASCIMENTO: **08/12/2007**

Nº de inscrição: **915.380.413.81**

PI

TERMINAL VALADARES - TERRITÓRIO NACIONAL

Inacio da Silva Queiroz

TERMINAL VALADARES - TERRITÓRIO NACIONAL

INACIO DA SILVA QUEIROZ

Assinatura

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e exigido por terceiros, sob as penas previstas na legislação vigente.

Emido em: **29/03/00**

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

INACIO DA SILVA QUEIROZ

Nº de inscrição

915380413-91

Data de Nascimento

08/01/81



TÍTULO ELEITORAL

INACIO D. SILVA QUEIROZ

DATA DE NASCIMENTO

08/01/1981

N.º INSCRIÇÃO

915380413/54

ZONA

2-5

SEÇÃO

0029

MUNICÍPIO UF

TEREZINHA PI

DATA DE EMISSÃO

21/11/94

1012 ELEITORAL



PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca - SEAP/PR

CARTEIRA DE
PESCADOR(A) PROFISSIONAL

NÚMERO

543791

VALIDADE

08/01/2009

INACIO DA SILVA QUEIROZ



PESCA ARTESANAL

Nº de inscrição

2112297

Código Estadual

SSP/PI

Data de Nascimento

8/1/1981

Nº de inscrição

543791

Código Estadual

SEAP

Data de Nascimento

14/11/2008

Luiz Carlos da Silva

Documentos de identificação



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL E DE DEPENDENTES



INACIO DA SILVA QUEIROZ
Francisco Marques de Queiroz
Maria da Guia da Silva Queiroz
Terezinha - PI
08/01/1981
Inscrição: 2.997 IV. 9-41 Fls. 70-71
Terezinha - PI
08/01/1981
Francisco Marques de Queiroz

FRANCISCO MARQUES DE QUEIROZ
MARIA DA GUIA DA SILVA QUEIROZ
SINO-JERUJENHA
915.380.413.91
08/12/2007

Inacio da Silva Queiroz

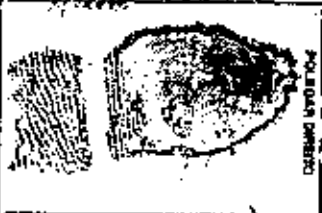
Este documento é componente do registro no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e exigível por inteiro, salvo nos casos previstos na legislação vigente.
Assinatura
INACIO DA SILVA QUEIROZ
VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
Emitido em: 23/03/00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



D. D. Marques dos Reis
ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.311.599

DATA DE
EXPIRAÇÃO 28/10/14

SOME
DIONES MARQUES DOS REIS

ALIAÇÃO

ALEXANDRINA NETA PEREIRA DE SOUSA

ANTONIO DE PÁDUA MARQUES DOS REIS

NATURALIDADE

FLORIANO-PI

DOC. ORIGIN

CERT. NASC. 2955 E A41-E.287

EXP 3ERUMENHA-PI 18/11/09

TERMINA - M

941.710.253-20

ASSINATURA DO DETECTOR

DATA DE NASCIMENTO

22/08/1984

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83 - DECRETO Nº 89.250/83

Documentos de identificação



SEGR0006: L1268 P141 U 09-10-2017 09:56 375316 1/1

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **CRYSTIAN VIERY SOUSA QUEIROZ**

Nº Sinistro: **3170612630**

Vitima: **CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170612630**.

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

Carta nº 11985921



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: CRYSTIAN VIERY SOUSA QUEIROZ

Nº Sinistro: 3170612630

Vitima: CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170612630**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO RIKELME DE SOUSA QUEIROZ

Nº Sinistro: 3170612630

Vitima: CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170612630**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de únicos herdeiros não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **DIONES MARQUES DOS REIS**

Nº Sinistro: **3170612630**

Vitima: **CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA**

Data do Acidente: **15/10/2017**

Cobertura: **MORTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170612630**.

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

Carta nº 11989302



Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: FRANCISCO RIKELME DE SOUSA QUEIROZ

Nº Sinistro: 3170612630

Vitima: CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

Data do Acidente: 15/10/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3170612630**.

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

Carta nº 11989397



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: FRANCISCO RIKELME DE SOUSA QUEIROZ

Nº Sinistro: 3170612630
Vitima: CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA
Data do Acidente: 15/10/2017
Cobertura: MORTE

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170612630**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Carta nº 12836061



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **DIONES MARQUES DOS REIS**

Nº Sinistro: **3170612630**
Vitima: **CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA**
Data do Acidente: **15/10/2017**
Cobertura: **MORTE**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170612630**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Carta nº 12836084



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **CRYSTIAN VIERY SOUSA QUEIROZ**

Nº Sinistro: **3170612630**
Vitima: **CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA**
Data do Acidente: **15/10/2017**
Cobertura: **MORTE**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170612630**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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

Carta nº 12836706





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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

CPF da Vítima

565 653 993-82

Nome completo da vítima

CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FRANCISCO RIKELME DE SOUSA QUEIROZ		CPF titular da conta 915 380 413-91	Profissão ESTUDANTE
Endereço PRAÇA DIAS DAULIA		Número 34	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade JERUMENHA	Estado PI	CEP 64830-000
Email leydermann2012-25@hotmail.com			Telefone (DDD) (89)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
0638

D/V

CONTA

NRO.
69532

D/V

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jerumenha, 01 de Novembro de 2017

Local e Data

Francisco Rikeme De Sousa Queiroz
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Henio da Silva Araújo
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Autorização de pagamento



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

CPF da Vítima

565653993-87

Nome completo da vítima

CINTYA ROBERTA DA SILVA BOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo INACIO DA SILVA QUEIROZ		CPF titular da conta 915380413-91	Profissão Pescador
Endereço AV: 13 DE JUNHO, 46		Número 46	Complemento CASA
Bairro ALTO	Cidade JERUMENHA	Estado PI	CEP 64830-000
Email leydenmann2012-75@hotmail.com			Telefone (DDD) (89) 99431 9908

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0638

69532

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jerumenha 01 de Novembro de 2017

Local e Data

Luiz da Silva Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: **INACIO DA SILVA QUEIROZ**

Nº de inscrição: **916380413-91**

Data de Nascimento: **08/01/81**

RETOURNA SUBSTITUAÇÃO

TÍTULO ELEITORAL

INACIO DA SILVA QUEIROZ

Data de Nascimento: **08/01/1981**

CPF: **916380413-91**

Assinatura: *Inacio da Silva Queiroz*

REPÚBLICA DA REPÚBLICA
Secretaria Especial de Aquicultura e Pesca - SEAP/PR

CARTEIRA DE PESCADOR(A) PROFISSIONAL

Nome: **INACIO DA SILVA QUEIROZ**

Nº de inscrição: **543791**

Data de Nascimento: **08/01/2009**

PESCA ARTESANAL

Nº de inscrição: **2112297**

CPF: **916380413-91**

Data de Nascimento: **08/01/1981**

Assinatura: *Inacio da Silva Queiroz*

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Nome: **Inacio da Silva Queiroz**

Data de Nascimento: **08/01/1981**

CPF: **916380413-91**

Assinatura: *Inacio da Silva Queiroz*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº de inscrição: **2.112.297**

Data de Nascimento: **20-08-89**

INACIO DA SILVA QUEIROZ

Francisco Marques de Queiroz

Maria da Guia da Silva Queiroz

Data de Nascimento: **08/01/1981**

CPF: **916380413-91**

Assinatura: *Inacio da Silva Queiroz*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº de inscrição: **2.112.297**

Data de Nascimento: **20-08-89**

INACIO DA SILVA QUEIROZ

Francisco Marques de Queiroz

Maria da Guia da Silva Queiroz

Data de Nascimento: **08/01/1981**

CPF: **916380413-91**

Assinatura: *Inacio da Silva Queiroz*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº de inscrição: **2.112.297**

Data de Nascimento: **20-08-89**

INACIO DA SILVA QUEIROZ

Francisco Marques de Queiroz

Maria da Guia da Silva Queiroz

Data de Nascimento: **08/01/1981**

CPF: **916380413-91**

Assinatura: *Inacio da Silva Queiroz*

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº de inscrição: **2.112.297**

Data de Nascimento: **20-08-89**

INACIO DA SILVA QUEIROZ

Francisco Marques de Queiroz

Maria da Guia da Silva Queiroz

Data de Nascimento: **08/01/1981**

CPF: **916380413-91**

Assinatura: *Inacio da Silva Queiroz*

Autorização de pagamento



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

CPF da Vítima

565653 993-87

Nome completo da vítima

CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo INACIO DA SILVA QUEIROZ		CPF titular da conta 915 380 413-91	Profissão Pescador
Endereço AV: 13 DE JUNHO, 46		Número 46	Complemento CASA
Bairro ALTO	Cidade JERUMENHA	Estado PI	CEP 64830-000
Email leydermann2012-75@hotmail.com			Telefone (DDD) (89) 99431 9908

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0638

(Informar dígito se existir)

69532

(Informar dígito se existir)

8

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

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jerumenha 01 de Novembro de 2017

Local e Data

Luís da Silva Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Autorização de pagamento



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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

CPF da Vítima

565.653.993-87

Nome completo da vítima

CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo INACIO DA SILVA QUEIROZ		CPF titular da conta 915.380.413-91	Profissão Pescador
Endereço AV: 13 DE JUNHO, 46		Número 46	Complemento CASA
Bairro ALTO	Cidade JERUMENHA	Estado PI	CEP 64830-000
Email leydermann2012-75@hotmail.com			Telefone (DDD) (89) 99431 9908

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

0638

69532

8

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA
NRO.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jerumenha 01 de Novembro de 2017

Local e Data

Lucas da Silva Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Autorização de pagamento

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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

CPF da Vítima

565 653 993 87

Nome completo da vítima

CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo DIONES MARQUES DOS REIS		CPE titular da conta 941 210 253-20	Profissão
Endereço PRAÇA DIAS DA SILVA		Número 34	Complemento CASA
Bairro CENTRO	Cidade JERUMERHA	Estado PI	CEP 64830 000
Email leydermann2012.75@hotmail.com			Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO. **0638**

D/V

CONTA

NRO. **53809**

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Jerumerha 01 de Novembro de 2017

Local e Data

Diones Marques dos Reis

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

305-584715945-1

01/NOV/2017

HORA DE 17:01:32

LOT. 16-022841-7
LOCALIDADE: JERUMENHA
AG. VINCULADA: 0538

TERM 061934

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

0638.00053809-5

NOME: DIONES MARQUES DOS REIS

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DIA LIMITE
16/10

SALDO

4,93

RESUMO EM 31/10
SALDO

4,93

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONIVEL
SALDO TOTAL

0,00

4,93

4,93

305-584715945-1

1ª VIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 268877.000085/2017-12

Unidade de Registro: DP DE GUADALUPE

Resp. pelo Registro: Igor Leal Duarte Guedes

Data/Hora: 27/10/2017 - 11:51

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE JERUMENHA

15/10/2017 - 19:00

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

JERUMENHA

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Endereço

BR 135, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

Tipo Envolv.: VÍTIMA FATAL

RG: 2495703 SSP PI

Mãe: LUZIA ALVES DA SILVA SOUSA

Pai: JOSE TEXEIRA DE SOUSA

Endereço: PRÇ DIAS DAVELES, S/N, Nº

Complemento: CENTRO

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: JERUMENHA

Nome: DIONES MARQUES DOS REIS

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 2.311.599 SSP PI

Mãe: ALEXANDRINA NETA PEREIRA DE SOUSA

Pai: ANTONIO DE PÁDUA MARQUES DOS REIS

Endereço: PRÇ DIAS DAVELES, S/N, Nº

Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Cidade: GUADALUPE

Telefone(s): 89-9407-7283

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Morte acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:

Modelo:

Ano: Placa:

Chassi:

Renavam:

Cor:

1 - HONDA CG 125 FAN KS

2011 NIU7269

9C2JC4110BR418334

274351749

Preta

Condutor: YURE DA SILVA AMORIM

RG: 3.734.676 Órgão: SSP UF RG: PI

End: RUA ALTO, BAIRRO ALTO, S/N Número: Complemento: BAIRRO ALTO

Cidade: JERUMENHA UF: PI Bairro: INFORMAR NO COMPLEMENTO

Proprietário: JOSE RIBEIRO SOARES

End: AV. TANCREDO NEVES, S/N Número:

Cidade: FLORIANO UF: Bairro: PREJUDICADO

Moses Aragão Lihhares
Delegado Polícia Civil
Mat. 286169-X

RELATO DA OCORRÊNCIA

QUE compareceu a esta delegacia de polícia o senhor DIONES MARQUES DOS REIS, noticiando que sua esposa senhora CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA faleceu em um acidente de trânsito; QUE no dia 15 de outubro do ano em curso, por volta das 19h, estava a senhora CINTYA sendo conduzida pelo YURE DA SILVA AMORIM em uma motocicleta, onde estavam vindo do balneário Belém Brasília com destino a cidade de Jerumenha-PI; QUE ao passarem no entroncamento da BR 135 com a PI 240, faltando 15km para chegar à cidade de destino, o YURE perdeu o controle da moto e bateu no meio fio da rotatória, sendo arremessados do veículo; QUE tempos depois o padre da cidade de Jerumenha, Frei Olário, avistou os acidentados e prestou socorro; QUE o YURE teve escoriações, mas a senhora CINTYA não resistiu ao acidente falecendo no local; ERA o que tinha a noticiar.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 268877.000085/2017-12

Igor Leal Duarte Guedes - Mat. 2868741

ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Igor Leal Duarte Guedes

Escrivão de Polícia Civil

Mat: 286874-1 ***

Diones Marques dos Reis

DIONES MARQUES DOS REIS - Noticiante

Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

Moisés Aragão Linhares

Delegado Polícia Civil

Mat. 286169-X

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
09-10-2017 09:56:37 5313 1/1

Certidão de Óbito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
CINTYA ROBERTA DA SILVA SOUSA

MATRÍCULA
077818 01 55 2017 4 00006 063 0000975- 43

(LIVRO C: 6 TERMO: 975 FOLHA: 63)

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
FEMININO	PARDA	SOLTEIRA 34 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
JERUMENHA-PI	2.495.703 SSP-PI CPF nº 56565399387.	
ELEITOR		
SIM		

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

FILIAÇÃO: JOSÉ TEIXEIRA DE SOUSA e LUZIA ALVES DA SILVA SOUSA
RESIDÊNCIA: DIAS D'ÁVILA, S/N, CENTRO, JERUMENHA-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DIA	MÊS	ANO
15	10	2017

QUINZE DO MÊS DE OUTUBRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSETE ÀS 21:30

LOCAL DE FALECIMENTO

ESTRADA DE MARCOS PARENTE - BR 135, JERUMENHA-PI

CAUSA DA MORTE

TRAUMATISMO CRANIANO; ACIDENTE COM MOTOCICLETA

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

CEMITÉRIO PÚBLICO "SANTA ROSA", DESTA CIDADE.

DECLARANTE

MARA MONICA DA SILVA SOUSA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

SEBASTIAO RENILDO DE FREITAS BANDEIRA - 2803 PI

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

SEM INFORMAÇÃO

NOME DO OFÍCIO: OFÍCIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL

ORÇALIAF: SANDRA MARIA DE GUADALUPE ALMEIDA VILAR PRATO

MUNICÍPIO: JERUMENHA-PI

ENDEREÇO: RUA CORONEL PEDRO BORGES S/N CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: JERUMENHA, PI, 25 de Outubro de 2017.

Sandra Maria de Guadalupe Almeida Vilar Prato
Assinatura do Oficial

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E
REGISTRO CIVIL
Rua Cel. Pedro Borges, S/N
JERUMENHA-PI

NOTAS E
REGISTRO CIVIL
JERUMENHA-PI

Certidão
O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: JERUMENHA, PI, 25 de Outubro de 2017.
Assinatura do Oficial
Sandra Maria de Guadalupe Almeida Vilar Prato
Escrit. Judicial
Jólio Fernando Torres da Silva
Adv. 2017-00001

Comprovante de residencia



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO PIKELME DE SOUSA OLIVEIRA,

RG nº 4 166 257, data de expedição 09/01/15 Órgão SSP/PI

CPF nº 076 943 043 86, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA DIAS D'ÁVILA</u>
Número	<u>34</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>TERUPENHA</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>64830-000</u>
Telefone de Contato	<u>89- 99407-7283</u>
E-mail	<u>LETDERMAN 2012-75@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: TERUPENHA - PI, 03/11/2017

Assinatura do Declarante: Francisco Pikeme de Sousa Oliveira

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Emitida Conforme Art. 123, Resolução 414/2010 da ANEEL

NF: 779488

INACIO DA SILVA QUEIROZ

FZ CALUMBI, S/N ,

B-RURAL

64830000 JERUMENHA

PI

CÓDIGO ÚNICO 9954376	MÊS 10/2017	PERÍODO DE CONSUMO 20/09/2017 a 18/10/2017
CONSUMO (kWh) 30	VENCIMENTO 26/10/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 7,53

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDPI: 0800 086 0800

autenticação mecânica

recorte aqui

**Eletrobras**

Distribuição Piauí

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV. MARANHÃO, 759/SUL - TERESINA

CNPJ: 06.840.748/0001-89

IE: 19301383-5

CÓDIGO ÚNICO 9954376	MÊS 10/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 7,53
--------------------------------	-----------------------	----------------------------------

836000000007.075300170000.000000009951.437610170056



03/11/2017 09:47 779488 1/1