



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

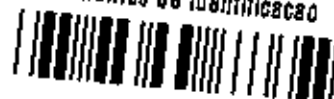


**Número
093.602.153-50**

**Nome
ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

**Nascimento
03/05/2003**

Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE

7F91.8384.8773.70EE



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:53:10 do dia 11/07/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

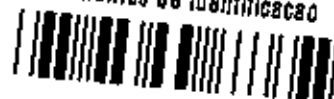


**Número
093.602.153-50**

**Nome
ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

**Nascimento
03/05/2003**

Documentos de Identificação



CÓDIGO DE CONTROLE

7F91.8384.8773.70EE



**Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:53:10 do dia 11/07/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

2.534.052

DATA DE
EXPECÇÃO

23/08/02

NOME

SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

FILIAÇÃO

JOSE PEREIRA DOS SANTOS FILHO

GENALDO FERREIRA DOS SANTOS

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

BAFRAIS - PI

23/03/80

DOC. ORDEM

CE 24221 L 26A FLS 74 2º OFÍCIO BAFRAIS 16/04/02

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

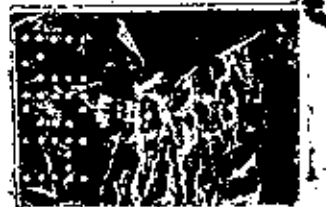
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"



COLAGEM DIREITA

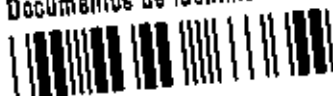


Simone Ferreira dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Documentos de Identificação



ATENÇÃO: Este cartão

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

MAI/2004

BANCO DO BRASIL



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

020.628.503-52

SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

23/03/1983





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE JUSTIÇA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO DE DEUS MARTINS

Simone Ferreira dos Santos

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.534.052 DATA DE EMISSÃO 23/08/02

NOME SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

JOSE PEREIRA DOS SANTOS FILHO

GONCALO FERREIRA DOS SANTOS

BARRAC - P.

CPF 042211234-7 OFICIO BARRAC - P. 400

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PI		Nº 010733565056	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
3050	003a	205a	000028444
006c	009c	297a	2013
205a	1	00348895259	2013
JOSE DE DEUS DO NASCIMENTO CARVA LHO ***** *****			
80550657304		ODV-5029	
9C2JC4110BR821519			
PAS/MOTOCICLO/NENHUMA		GASOLINA	
HONDA/CG 125 FAN KB		2011/ 2011	
02P/0124CC		PARTIC	
PRETA			
1º IPVA		2º	
3º PAGO			
PAGO		PAGO	
PBT: 000.29			
SEM RESTRICOES			
BARRAS		30/09/2014	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PI Nº 010733963056
0120140231405 94634866011

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

3690003205 94634866011 0120140231405 94634866011

MA 1 00348895259

JOSE DE DEUS DO NASCIMENTO CARVA
LEO
LC LUIS DE SOUSA 00000
RURAL FI

80550657304 ODV-5029

NAILTON JOSE DA SILVA

9C2JC4110BR821519

PAS/MOTOCICLO/NENHUMA

GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS

2011 2011

02P/0124CC

PARTIC

PRETA

SEM RESTRICOES
PBT: 000.29

BARRAS

30/09/2014

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277438/18

Vítima: ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 093.602.153-50

Data do Acidente: 13/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Certidão de nascimento

Declaração de Inexistência de IML

Declaração do Proprietário do Veículo

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



SIMONE FERREIRA DOS SANTOS : 020.628.503-52

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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 23/07/2018

Nome: SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 020.628.503-52

Data do cadastramento: 30/07/2018

Nome: Patricia Aleixo Silva

CPF: 068.500.787-12

SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

Patricia Aleixo Silva

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, **em medida extrema exceção**, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa **medida de exceção é válida** somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Frões

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Frões
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

CAIXA

CÓDIGO

9140-2

(sempre que não houver a opção de pagamento em dinheiro)
0800 725 7474
Quilombo
Quilombo com deficiência

DATA DE EMISSÃO: 15/05/2018 35 23,42

JOSE DE DEUS DO NASCIMENTO CARVALHO
LC LUIS DE SOUSA S/N RURAL B-RUBI
CPE: 0000550652304

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual	Atual
Anterior	08/05/2018
Constante de Multiplicação	09/04/2018
Consumo Medido	08/06/2018
Consumo Faturado	07/05/2018
35	08/05/2018
FCAN	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Localidade	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Mês de 12 meses
ABR/18	66	CONSUMO	35 A R\$ 0,585846 =	20,50	
MAR/18	47	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,92	
FEV/18	73	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,09		
JAN/18	36				
DEZ/17	33				
NOV/17	93				
OUT/17	83				
SET/17	80				
AGO/17	74				
JUL/17	70				

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 04/2018 34,79

Declaro que estou ciente de que a cobrança é de natureza de prestação de serviço e que a mesma é devida em função dos dados fornecidos para a emissão da fatura. Não tenho a intenção de contestar a cobrança e não pretendo recorrer a qualquer órgão de defesa do consumidor.

Declaro que estou ciente de que a cobrança é de natureza de prestação de serviço e que a mesma é devida em função dos dados fornecidos para a emissão da fatura. Não tenho a intenção de contestar a cobrança e não pretendo recorrer a qualquer órgão de defesa do consumidor.

Declaro que estou ciente de que a cobrança é de natureza de prestação de serviço e que a mesma é devida em função dos dados fornecidos para a emissão da fatura. Não tenho a intenção de contestar a cobrança e não pretendo recorrer a qualquer órgão de defesa do consumidor.

RESERVADO AO FISCO	COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$	IMPOSTOS E OUTROS - R\$
Distribuição	Energia	Base de Cálculo
	Transmissão	Alíquota ICMS
	Encargos	Valor do ICMS
	Tributos	Valor do PIS
		Valor do COFINS

INDICADORES DE CONTINUIDADE
7,27 14,53 29,06 3,86 7,73 15,45 4,14
0,00 0,00 0,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - COAD DE DEUS MARTINS



Jaridel Almeida Lemos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 3.730.272

NOME DATA DE EMISSÃO

JARDEL SILVA LEMOS 26/04/12

PLACAO

MARILUCIA LOPES SILVA

GERALDO BENEYINUTO LEMOS

NATURALIDADE

BARRAS-PI

DATA DE NASCIMENTO

27/07/1996

SEXO

CEP

CEP NASC. 19800 L 17A F 233V

CEP BARRAS PI 13/01/03

TELEFONE

LEI Nº 7.116 DE 20/09/89 - DECRETO Nº 80.250/85

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal do Brasil

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CPF

(Válido somente com documento de identificação)

CPF Nº 067.078.953-46

NOME: JARDEL SILVA LEMOS

Data de Nascimento: 27/07/1996

Comprovante Emitido às 11:36:12 do dia 13/04/2012 (hora e data de Brasília)

Código de Controle do Comprovante:

D72D.8972.88CA.12CF

Dígito Verificador: 00

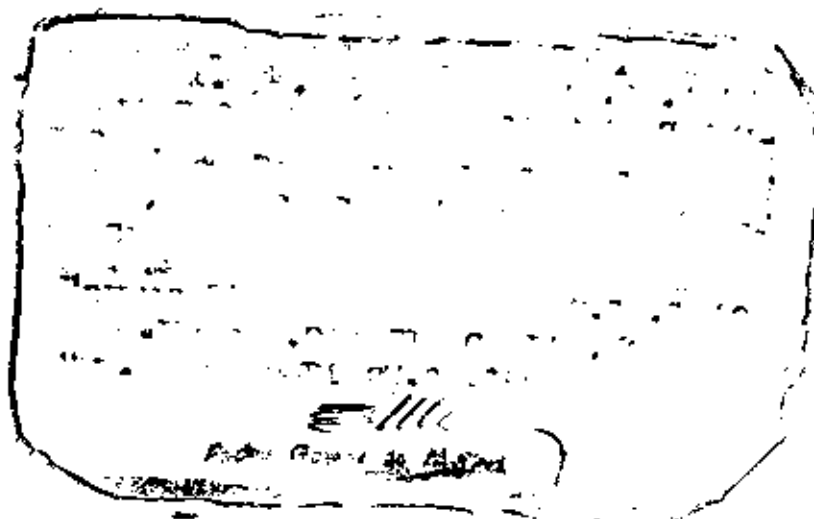
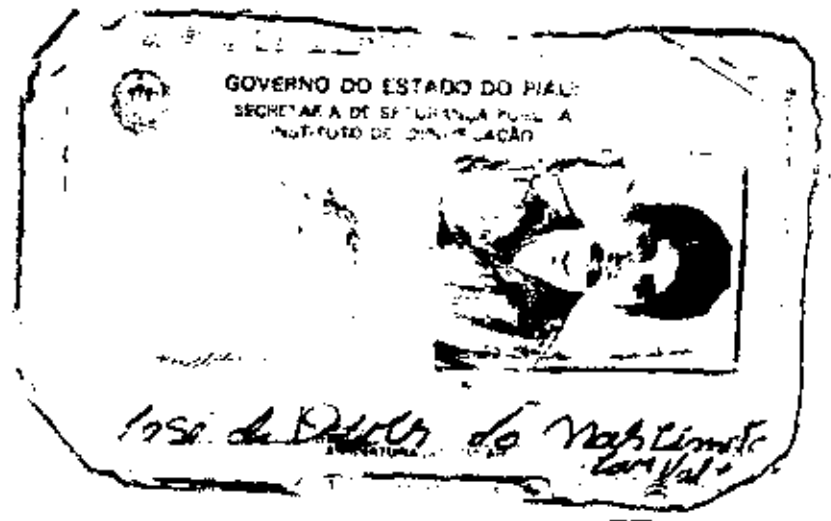
A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço:

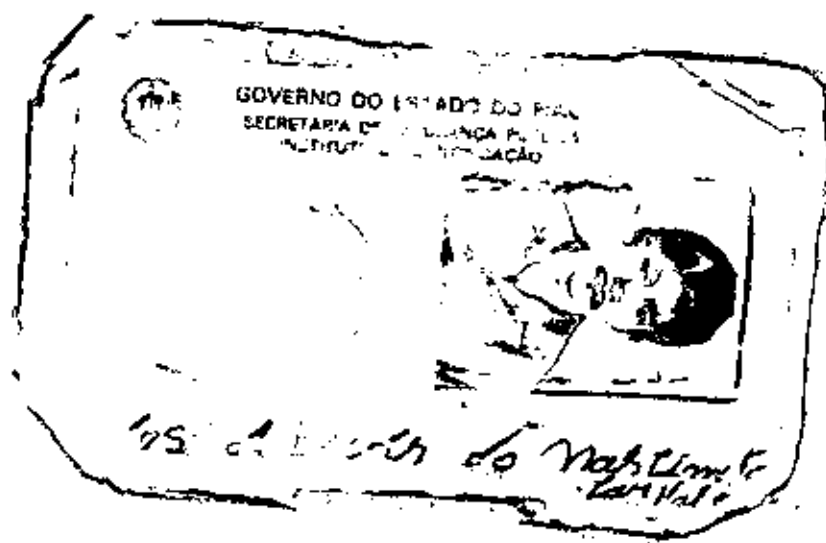
<http://www.receita.fazenda.gov.br>

Modelo aprovado pela IN RFB Nº 1.402, de 10 de junho de 2010)

Emitido por: Banco do Brasil S.A







PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0277438/18

Vítima: ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 093.602.153-50

Data do Acidente: 13/05/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

Outros

Outros



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 por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

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: 13/08/2018

Nome: ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

CPF: 093.602.153-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/08/2018

Nome: Alexandre Tavares Belfort

CPF: 024.208.707-86

ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Alexandre Tavares Belfort

Alessandra Magalhães

De: Dayon Loiola
Enviado em: segunda-feira, 13 de agosto de 2018 15:09
Para: Projeto Correio
Assunto: 18452909 - 3180349670
Anexos: Ato declaratório Aldalice.pdf

Prezados, boa tarde.

Solicitamos a recepção do ato declaratório em sua aba para atender a pendência.

Atenciosamente,

Dayon loiola

Gerência Técnica

dayon.loiola@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4046



www.seguradoralider.com.br

Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa **News** e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.

[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SIMONE FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180349670**

Vitima: **ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180349670**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, 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 13184789



Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SIMONE FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180349670**

Vitima: **ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349670**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página

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

Carta nº 13186120



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **SIMONE FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180349670**

Vitima: **ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **13/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180349670**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar 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

Carta nº 13274155



Rio de Janeiro, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180349670

Vítima: ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 13/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Seguradora
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 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

CPF da Vítima

098.602.153-50

Nome completo da vítima

ALDAIZE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo SYMONE FERREIRA DAS SANTOS		CPF titular da conta 020.628.503-52	Profissão LAUDADORA
Endereço RUA SÃO JOÃO		Número 1832	Complemento
Bairro SÃO CRISTOVÃO	Cidade BARRAS	Estado PI	CEP 64100-000
Email		Telefone (DDD) (86) 98825-1190 (86) 99825-7800	

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.
3436

D/V

CONTA

NRO.
1374-0

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.

Barras - PI, 13 de julho de 2013

Local e Data

2

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTO-ATENDIMENTO - AG BARRAS

DATA: 21/06/2018

HORA: 10:07:02

TERMINAL: 34351011

CONTRATE: 343510110323

AGÊNCIA: 3435 - BARRAS

CONTA: 013.00001374-0

CLIENTE: SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SACOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA	VALOR
22/05	107,50
12/06	42,26

LANÇAMENTOS PROGRAMADOS

DATA	HISTÓRICO	VALOR
22/06	SAQUETERMINAL	2,1000
22/06	SAQUECORRESPO	1,7000
	IDENTE	

MOVIMENTAÇÃO

DATA	NR,DOC	HISTÓRICO	VALOR
		SALDO ANTERIOR	0,00

Maio

18/05	181556	DP DIN LOT	200,0000
18/05	180423	SAQUETERMINAL	2,1000
18/05	180425	SAQUETERMINAL	2,1000
18/05	180426	SAQUETERMINAL	2,1000
18/05	180517	SAQUETERMINAL	2,1000
18/05	180427	EXTMSELET	2,3000
21/05	191025	SAQUE B24H	170,0000
21/05	180521	SAQUETERMINAL	2,1000
22/05	220954	DP DIN LOT	150,0000
22/05	221349	DP DIN LOT	500,0000
22/05	221646	DP DIN LOT	100,0000
22/05	221626	SAQUE ATM	300,0000
22/05	180522	SAQUETERMINAL	2,1000
23/05	231136	SAQUE B24H	150,0000
23/05	180523	SAQUETERMINAL	2,1000
25/05	251114	COMPRA ELE	120,0000
29/05	291634	DP DIN LOT	82,0000
30/05	301801	DP DIN LOT	50,0000

Junho

01/06	010931	SAQUE ATM	70,0000
04/06	021131	DP DIN LOT	50,0000
06/06	061529	SAQUE ATM	50,0000
11/06	059959	CRED TEV	250,0000
11/06	050947	SQ CX AQUI	230,0000
11/06	091354	SQ CX AQUI	150,0000
12/06	121112	DP CX AQUI	100,0000
13/06	131559	DP DIN LOT	40,0000
24/06	141041	SQ CX AQUI	40,0000
18/06	000000	REM BASICA	0,0000
18/06	000000	CRED JUROS	0,0000
18/06	171922	SAQUE ATM	20,0000
18/06	171924	SAQUE ATM	55,0000

RESUMO EM 20/06	150,0000
-----------------	----------

RESUMO DO DIA	0,00
SALDO BLOQUEADO	0,00
SALDO DISPONIVEL	150,0000
SALDO TOTAL	150,0000

EXTRAJO DE COMPRAS COM CARTÃO DE DÉBITO

DI COMP	HORA	ESTABELECIMENTO	VALOR
25/05	11:14	SEBASTYAN GAMES	120,0000
		TOTAL	120,0000

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



INW *carla*

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000787/2018-53

Unidade de Registro: DP DE BARRAS

Resp. pelo Registro: Eduardo Silveira Costa

Data/Hora: 20/06/2018 - 11:34

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DP DE BARRAS

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

BARRAS

Endereço

PI ENTRE BARRAS E BATALHA, Nº:

Complemento

Boletim de ocorrência



Data/Hora

13/06/2018 - 23:30

Bairro

INFORMAR NO COMPLEMENTO

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JARDEL SILVA LEMOS

RG: 3730272

Endereço: VILA NIS, Nº

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: CONDUTOR DE VEÍCULO

Nome: SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

RG: 2334052

Endereço: RUA JOSE DE SA FURTADO, Nº 126

Bairro: SÃO CRISTÓVÃO

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

Nome: AIDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

Endereço: RUA JOSE DE SA FURTADO, Nº 126

Bairro: SÃO CRISTÓVÃO

Cidade: BARRAS

Tipo Envolv.: VITIMA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca:	Modelo:	Ano:	Placa:	Chassi:	Renavam:	Cor:
1 - HONDA	125 FAN	2011	ODV5029	9C2JC4110BR821519	00348895259	Preta
Condutor: JARDEL SILVA LEMOS						
RG: 3730272 Órgão: UF RG:						
End: VILA NIS Número: Complemento:						
Cidade: BARRAS UF: PI Bairro: OUTROS - ZONA URBANA						
Proprietário: JOSE DE DEUS DO NASCIMENTO CARVALHO						
Cidade: BARRAS UF: Bairro:						

RELATO DA OCORRÊNCIA

A noticiante compareceu a esta delegacia para informar que na data, horário e local informado, sua filha citada como vítima, sofreu um acidente de trânsito; QUE um outro veículo bateu na motocicleta citada acima e o condutor perdeu o controle e caiu no chão; QUE a filha da noticiante foi socorrida pelo SAMU e levado para o hospital de Barras (Leônidas Melo) e logo em seguida transferido para o HUT em Teresina-PI onde passou por cirurgia; Era o que tinha a declarar

Eduardo Silveira Costa - Matr. 2861763
AGENTE DE POLÍCIA

Simone Ferreira dos Santos
SIMONE FERREIRA DOS SANTOS - Noticiante
Responsável pela Informação



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

1059 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 106495.000787/2018-53

Delegado de Polícia



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Piauí
COMARCA DE Barra
MUNICÍPIO DE Barra
DISTRITO DE Barra

Ulisses Brito Silveira

Oficial Substituto do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 119 do livro A 18 sob nº de
Ordem 20.546 foi lavrado o assento do nascimento de Aldo Lice
das Santas da Oliveira
do sexo masculino, nascido no dia 19 de fevereiro
de 2004 às 05 horas em Barra, Piauí

filho de Amelano Pereira da Oliveira
e de Dona Sumama Ferreira das Santas
Sendo avós paternos José Ferreira da Oliveira
e Dona Isabel de Jesus Lima Oliveira
e avós maternos José Pereira das Santas Filho
e Dona Gláucia Ferreira das Santas

O assento foi lavrado em 19 de fevereiro de 2004 tendo sido declarante

o pai e serviram de testemunhas dois testemunhas de Termo

Observações: Nada de a registrar

O referido é verdade e dou fé.

Barra, 19 de fevereiro de 2004

Serventia Oficializada

OFICIAL



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

ALDALICE DOS SANTOS DE OLIVEIRA

CPF da Vítima

088.608.153-50

Data do Acidente

13/05/18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

SIMONE FERREIRA DOS SANTOS

CPF do Representante legal

020.628.503-52

Email

Telefone (DDD)

98825-1190 199425-7300

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bomero 13 de julho de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SUS

SAMU BARRAS



Barras

REGISTRO DE OCORRÊNCIA

AMBULÂNCIA ACIONADA: 05.03 DATA: 13/05/18

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Vi. Rua Lige Barras a Estação

NOME DO PACIENTE: Edson de Oliveira

SEXO: ☐ M ☒ F IDADE: 15 anos

SAÍDA DO P.A.: 23:10 CHEGADA AO LOCAL: 23:24

SAÍDA DO LOCAL: 23:41 CHEGADA AO HOSPITAL: 23:52

- | | |
|--|--|
| 01- ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO | 08- ☐ QUEDA |
| 02- ☐ AGRESSÃO FÍSICA | 09- ☐ MAL SÚBITO |
| 03- ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA | 10- ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 04- ☐ ENVENENAMENTO | 11- ☐ OUTROS |
| 05- ☐ AFOGAMENTO | 12- ☐ JÁ REMOVIDO |
| 06- ☐ QUEIMADURAS | 13- ☐ FALSO CHAMADO |
| 07- ☐ CHOQUE ELÉTRICO | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

- ALERTA ☒
 RESPONDE À COMANDO ☐
 RESPONDE À DOR ☐
 SEM RESPOSTA ☐

PUPILA:

- IGUAIS ☒
 DESIGUAIS ☐

FALA:

- NORMAL ☒
 CONFUSA ☐
 NENHUMA ☐

PULSO RADIAL: 70 SANGRAMENTO:

- FORTE ☐ AUSENTE ☐
 FRACO ☐ MÍNIMO ☐
 AUSENTE ☐ MODERADO ☐
☐ INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

- PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 FC: 118
 PULSO: 65 RD: 96
 RESPIRAÇÃO: 20 GC: 216

OBSERVAÇÕES: Paciente feminina, vítima de acidente de trânsito, apresentando lesões nos membros inferiores, possível fratura nos dois membros inferiores, consciente e estável.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| ☐ ASPIRAÇÃO | ☒ PRANCHA LONGA | ☐ OUTROS |
| ☐ OXIGÊNIO | ☐ PRANCHA CURTA | |
| ☐ REANIMAÇÃO CÁRIO PULMONAR | ☐ KED | |
| ☐ CURATIVOS | ☒ COLAR CERVICAL | |
| ☐ IMOBILIZAÇÕES DE EXTREMIDADES | ☐ ASSIST. OBSTÉTRICA | |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ MELHORADO | ☐ ÓBITO: |
| ☐ PIORADO | ☐ ANTES DO SOCORRO |
| ☐ INALTERADO | ☐ ANTES DO TRANSPORTE |
| | ☐ NO TRANSPORTE |

HOSPITAL DE DESTINO: H. R. A. M.

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO DO HOSPITAL

SOCORRISTA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, SIMONE FERREIRA DOS SANTOSRG nº 2.534.052, data de expedição 23 / 08 / 02, Órgão SSP-PI

CPF nº 020.648.503-32, 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 SÃO JOÃO</u>
Número	<u>1892</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>SÃO CRISTOVÃO</u>
Cidade	<u>BARRAS</u>
Estado	<u>PIAUI</u>
CEP	<u>65100-000</u>
Telefone de Contato	<u>(86) 98825-1140 / (86) 93925-7300</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barras - PI 13/07/18Assinatura do Declarante: Simone Ferreira dos Santos



Para contato com a
Eletrobras, informe
este NÚMERO

SEU C.O.

0546766-7

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ 06.940.748/0001-49 Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Serviço B-1
Regime especial de Imposto de Renda pela SEINF 05/96

Nº da Nota Fiscal 006722553

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	13/06/2018	57	49,33

VICENTE BARROSO DE CASTRO
R. SÃO JOÃO 1892 1892 SÃO CRISTÓVÃO
CPF: 00021778752349
CEP: 64.100-000 - BARRAS

ROT: 305.313.05.26.432000

DADOS DA LEITURA		FWH	DADOS DA LEITURA	
Atual:		102	Atual:	06/06/2018
Anterior:		45	Anterior:	08/05/2018
Constante de Medição (COPM)	1,000		Próxima Leitura:	08/07/2018
Consumo Medido:	57		Emissão:	05/06/2018
Consumo Faturado:	57	FCAM	Aprovação:	06/06/2018

NORMAL

29

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Piso	Código Fel.	Número 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A2086497		1.1.1.1	22

HISTÓRICO ANUAL		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
MAI/18	45	CONSUMO 57 A R\$ 0,779662 =	44,44
ABR/18	86	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	4,89
MAR/18	75	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA -	0,45
FEV/18	35	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,58
JAN/18	2		
DEZ/17	3		
NOV/17	0		
OUT/17	0		
SET/17	0		
AGO/17	9		
TÍTULOS EM PAGAMENTO			
R\$ 57 - 0,572365			

MENSAGENS IMPORTANTES / PRECISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano	Valor R\$	Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 21/06/2018, em função das contas rastreadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor no SCSP, informações ainda existentes em nossos sistemas e na realidade(s) no valor de R\$ 71,44 (setenta e um reais e quatro centavos). Caso tenha efetuado o pagamento, por favor, desconsidere este aviso.
05/2018	72,86	

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 2824.9535.906E.005E.B305.37C8.FD25.7ECC

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTAÇÕES	
Distribuição	9,33	Base de Cálculo:	44,44
Energia	17,71	Alíquota ICMS	22,00%
Transmissão	2,78	Valor do ICMS	9,77
Encargos	2,82	Valor do PIS	0,36
Tributos	11,80	Valor do COFINS	1,67

INDICADORES DE CONTINUIDADE

7,27 14,53 29,06 3,86 7,73 15,45 4,14
0,00 0,00 0,00

CAMPO MAIOR

04/2018

25,08

ROT: 305.313.05.26.432000

Declaração do Proprietário do Veículo

EU, JOSÉ DE DEUS DO NASCIMENTO CARVALHO

RG nº 1.494.609, data de expedição 11 / 04 / 94.

Órgão SSP-Pa, portador do CPF nº 805.506.573-04, com

domicílio na cidade de BAEPA S, no Estado de

PSAUX, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

LOCALIDADE LUZ DE SOUSA nº _____

complemento ZONA LURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ALDA LUCE DOS SANTOS DE, cujo o condutor era

OLIVEIRA
JAFDEL SILVA LIMA

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

ANO: 2011

Placa: 00V - 50 49

Chassi: 9C Q5C 4 1 0 BE 8 2 15 19

Data do Acidente: 15/05/18

Local e Data: Barros 15/06/18

Assinatura do Declarante

* predel Nilsa Lerna

Assinatura do Condutor { caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro }

