



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**      **Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**      **Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOELMA AMORIM DA COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA**

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**      **Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**      **Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**      **Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**      **Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA**

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

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

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

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

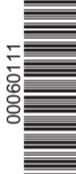
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA**

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**      **Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**      **Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOELMA AMORIM DA COSTA**

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA**

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

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

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

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

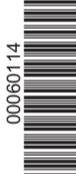
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**      **Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**      **Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA**

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

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA**

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

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA**

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), JOELMA AMORIM DA COSTA**

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA**

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA**

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

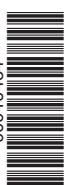
Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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



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

---

**Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA**

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

Como o prazo de 180 (cento de 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



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

---

**Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA**

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

Como o prazo de 180 (cento de 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



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

---

**Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA**

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

Como o prazo de 180 (cento de 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



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

---

**Rio de Janeiro, 24 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

**Data do Acidente: 22/11/2017**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JOELMA AMORIM DA COSTA**

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

Como o prazo de 180 (cento de 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



# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO DPVAT -

 Seguradora Líder - DPVAT  
[www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br) ou ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

No. DO SINISTRO

[www.dpvatseguradora.com.br](http://www.dpvatseguradora.com.br) ou ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da Indenização no banco.

EU, MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

POR PORTADOR/A DO RG No. 1.234.707 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 02/05/17 E

CPF 173.010.312-313 /CNPJ 00 /PROFISSÃO TRAB. RURAL

E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR

REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOSE FERREIRA DA COSTA

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA 1777-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. DE CONTA CORRENTE 16.851-3

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

No. BANCO 237 No. AGÊNCIA 1777-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA 13.812-6

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

No. BANCO 001 No. AGÊNCIA 1777-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA 14.098-6

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

No. BANCO 341 No. AGÊNCIA 1777-9 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA 13.248-9

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

No. BANCO 194 No. AGÊNCIA 4366 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

No. CONTA-POUPANÇA 13604-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

## ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em contas salário (INSS), conta fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou contas conjuntas quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos das agências, caso o dígito exista, principalmente do Banco Bradesco;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ativa;
- Indique corretamente se a conta informada é poupança ou conta corrente;
- Tenha sempre um documento bancário para conferência da sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL PARNAMARA-PI

DATA 04/05/2018

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Maria Edileuza Amorim da Costa

SEBRAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
Banco do Brasil - Autoabastecimento - 12100-002  
171770000 40290

EXTRATO DE PÔNCIMA PARA CONTA DE COMPENSAÇÃO  
EXTRATO DE PÔNCIMA DURANTE O MÊS

AJ. ABA:	1722 9
CONTAS:	14.000 8
VAS. FALCAO:	51
DESCRIÇÃO:	MARIA LOURENÇA A. FUSCA

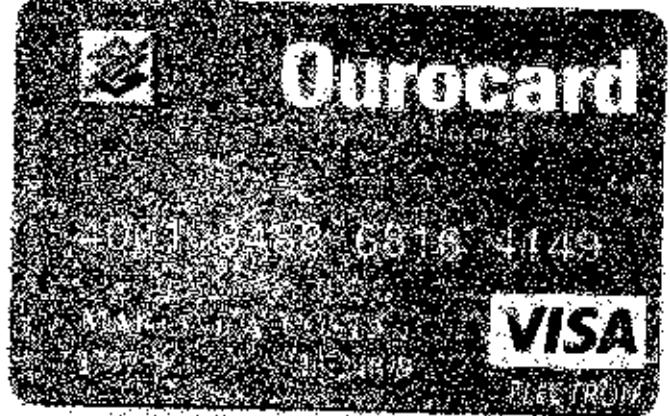
DATA	VALOR
01/03/2018	
... Saldo ant.	246,31 0
01/03	
... Saldo ant.	246,31 0
01/03	
... Saldo.	200,00 0
20/03	
... SAO LOCAL	
01/04	
... DEBITO	46,30 0
01/04	
... SALDO	0,00 0
01/04	
... SALDO TOTAL	46,30 0

SALDO POR DATA DA FILA

246,31 0
----------

NOTA DE AVISO DE DIVULGAÇÃO

Este extrato é igual/menor que 8,5% A.A.: TRIBUTO DA SELIC  
Este extrato é maior que 8,5% A.A.: TRIBUTO A.M.  
Leia no verso/reverso conservar este documento,  
entre outras informações.



歐洲卡  
歐洲聯合銀行  
歐洲聯合銀行  
歐洲聯合銀行

歐洲聯合銀行  
歐洲聯合銀行  
歐洲聯合銀行

歐洲聯合銀行  
歐洲聯合銀行  
歐洲聯合銀行

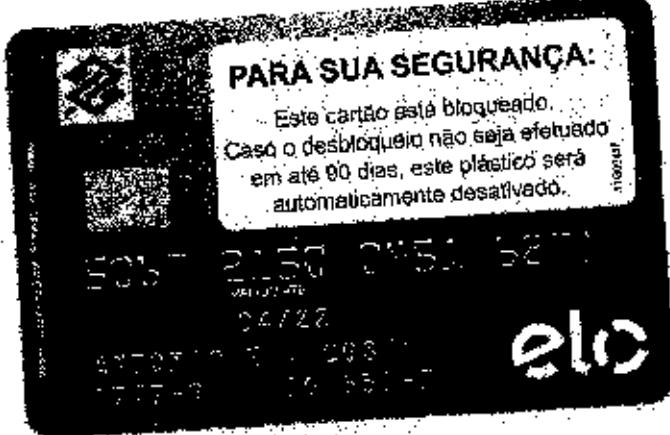
*Caixa Econômica Federal*  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE SALDO

7/04/2011	DE 35 15
MOVIMENTO	0,0697473
OPERACAO	00053 47

AGÊNCIA: 4708 - COCAT  
CONTA: 013.00013604-6  
MARIA L. AMORIM DA COSTA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA



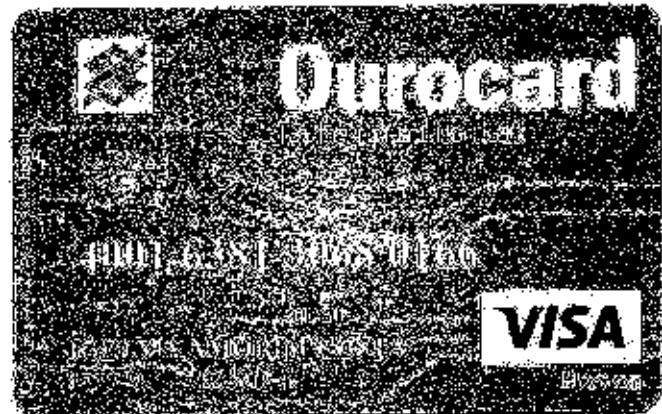
001-2150 0050 00  
VALIDADE: 04/22  
43707100 0000 0000  
117172681

elc

SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
01-01-2012 - Autodesbloqueio - RJ, RJ  
117172681

CLASSIFICAÇÃO PARA COMPRA CONFIADA

AGENCIAS: 1113-9  
CONTAS: 16251-3  
LIXOS: 00000000000000000000  
VALORES: R\$ 100,00



© 2014 KOGAKUTO INC.

卷之三十一

2024/2025 学年

1983年，由39000名  
技术工人组成

173M 825187

## COMPONENTS OF DATA PROCESSING

VALOR: 662,00

飞利浦C160卡录100首歌  
CD-ROM制作软件 DE SPAN

卷之三十一

卷之三 24339/709 6

10. The following table gives the number of hours worked by each of the 100 workers.

卷之三



## 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 da Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo <i>Maria Edileusa Amorim da Costa</i>	CPF titular da conta <i>730.031.833-00</i>	Profissão <i>Curadora</i>	
Enderes <i>Povoado Gameleira</i>	Número <i></i>	Complemento <i></i>	
Bairro <i>Gameleira</i>	Cidade <i>Cocal</i>	Estado <i>PI</i>	CEP <i></i>
Email <i></i>	Telefone (ODD) <i>(86) 9.9976.53.77</i>		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ISEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> BANCO
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			Name <i>Banco do Brasil</i>
AGÊNCIA NRO. <i></i>	D/V <i></i>	AGÊNCIA NRO. <i>1777</i>	NRO <i></i>
CONTA NRO. <i></i>	D/V <i></i>	CONTA NRO. <i>9</i>	D/V <i></i>
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	
		(Inserir dígito se existir)	

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

*Paranába, 12 de Junho de 2019*

Local e Data

**RECEBIDO**

17 JUN 2019

*Maria Edileusa Amorim da Costa*  
Seguradora Líder DPVAT

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Maria Jovana Amorim da Costa	002.810.913-22	LAVADORA
Endereço	Número	Complemento
SITIO DOS PEREIRAS	3111	
Bairro	Cidade	CEP
SITIO DOS PEREIRAS	COCAL	64.235-000
Email	Telefone (DDD)	
	(86) 9.9976.5377	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)			
BANCO	N.R.		
<i>Banco do Brasil</i>			
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
13.248	9	01.772	9
(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.

*Parnaíba* 12 de *Junho* de *2019*

Local e Data

*Maria Jovana Amorim da Costa*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
MARIA ELIZENDA Amorim	043.499.963-42	LAVADORA	
Endereço	Número	Complemento	
POVADO GAMELEIRA - Zona RURAL	5/JN		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
GAMELEIRA	COCAL	PI	64235-000
Email	Telefone (DDD) (86) 9 99765377		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO Nome _____ N.R.O. _____			
BRADESCO			
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
9366		00013604	6
(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.

PARNÁIBA , 05 de JUNHO de 2019  
Local e Data

Maria Elizenda Amorim da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Antonio Eudes Amorim da Costa	CPF titular da conta	Profissão
Endereço	062-789-873-41	LAVADORA
POVOADO GAMELEIRA / ZONA RURAL	Número	Complemento
Bairro	5/N	
GAMELEIRA	Estado	CEP
Cidade	PI	64235-000
Email	Telefone (DDD)	
	(86) 9-99765377	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO	R/R	CONTA NRO	R/R
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)			
BANCO Nome			
<i>Banco do Brasil</i>			
AGÊNCIA NRO	R/R	CONTA NRO	R/R
1777	3	16-851	3
(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.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_  
Local e Data

*Antônio Eudes Amorim da Costa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
<i>JOELMA Amorim da Costa</i>	<i>007.808.993-00</i>	<i>LAVADORA</i>
Endereço	Número	Complemento
<i>Povoado Campestre 0 de Baixo</i>		
Bairro	Cidade	Estado
<i>CAMPESTRE</i>	<i>COCAL</i>	<i>PI</i>
Email	CEP	
	<i>64.235-000</i>	
	Telefone (DDD)	
	<i>(86) 9.9976.5377</i>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

<i>Banco do Brasil</i>	NRO.		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
<i>1777</i>	<i>9</i>	<i>13-812</i>	<i>6</i>

(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.

*PARNAÍBA/PI de 15/04/2019*

Local e Data

*Joelma Amorim da Costa*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



ESTADO do PIAUÍ  
SSP/PI - SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ  
DELEGACIA GERAL  
GPI - GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR  
1º DRPC - DELEGACIA REGIONAL DE PARNAÍBA  
DELEGACIA DE COCAL  
Rua Reinaldo Marques, s/nº, Bairro Centro, Cocal-PI  
CEP 64235-000 / [cocal.dp@pc.pi.gov.br](mailto:cocal.dp@pc.pi.gov.br) / (86) 98102-3531



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 40-117535/2018

(BOLETIM ALTERNATIVO – ANEXO II DA PORTARIA Nº 009-GDG/NA-2016)

**BOLETIM VERSANDO SOBRE: MORTE ACIDENTAL NO TRÂNSITO;**

**LOCAL: LOCALIDADE GAMELEIRA, ZONA RURAL DE COCAL-PI;**

**DATA DO FATO: 22/11/2017 HORÁRIO 21H:00;**

**DATA DO REGISTRO: 09/02/18 às 11:13 H;**

**NOTICIANTE:** JOELMA AMORIM DA COSTA, UNIDA ESTÁVELMENTE, LAVRADORA, PORTADOR(A) DO CPF 007.808.993-00, NASCIDO NO DIA 16/04/1984, NATURAL DE COCAL-PI, FILHO(A) DE MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA E JOSÉ PEREIRA DA COSTA, RESIDENTE E DOMICILIADO NA LOCALIDADE CAMPESTRE DE BAIXO, ZONA RURAL DE COCAL-PI.

**VÍTIMA FATAL:** JOSÉ PEREIRA DA COSTA, CASADO, LAVRADOR, PORTADOR(A) DO CPF 454.698.698-73, NASCIDO NO DIA 14/10/1957, DATA DO ÓBITO 28/01/2018, NATURAL DE VIÇOSA DO CEARÁ-CE, FILHO(A) DE ANTÔNIO DAS NEVES COSTA E FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO, RESIDENTE E DOMICILIADO NA LOCALIDADE GAMELEIRA, ZONA RURAL DE COCAL-PI.

**VEÍCULO ENVOLVIDO:** PREJUDICADO.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

Relata o(a) noticiante que na data acima supracitada, seu pai estava andando as margens da estrada, próximo a Localidade Gameleira, Zona Rural de Cocal-PI; Que ele andava sozinho; Que então a noticiante tomou o conhecimento que seu pai havia sido atropelado por um motociclista; Que ao chegar no local estava seu pai lesionado e a motocicleta no local; Que a noticiante acionou o SAMU; Que o motociclista já havia fugido do local; Que a noticiante acompanhou seu pai na viatura do SAMU; Que devido o nervosismo, esqueceu de anotar a placa da motocicleta; Que seu pai foi encaminhado pelo SAMU até o Hospital Direceu Arcosverde; Que ao chegar no Hospital a vítima *foi diagnosticada com TCE e fratura na tibia*; Que no dia 28 de janeiro de 2018, veio a falecer devido o acidente. Era o que tinha a certificar.

*Walter*  
Walter G. Krug Brune Borges  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 286616-1

DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, em Cocal/PI, 9 de fevereiro de 2018



ESTADO do PIAUÍ  
SSP/PI - SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ

DELEGACIA GERAL

GPI - GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR

1º DRPC - DELEGACIA REGIONAL DE PARNAÍBA

DELEGACIA DE COCAL

Rua Reinaldo Marques, s/nº, Bairro Centro, Cocal-PI

CEP 64235-000 / [cocal\\_dp@pc.pi.gov.br](mailto:cocal_dp@pc.pi.gov.br) / (86) 98102-3531

WALTER GILBERTO KRUG BRUNE BORGES  
AGENTE DE POLICIA CIVIL – MATRÍCULA 286616-1  
[walter.brune@pc.pi.gov.br](mailto:walter.brune@pc.pi.gov.br)

*Walter G. Krug Brune Borges*  
Agente de Policia Civil  
Mat. 286616-1



*Julma Amorim da Costa*

NOTICIANTE

### CONCLUSÃO/REMESSA

Registrados os dados possíveis, seja a 1ª Via do Boletim remetido para o conhecimento do(a) delegado(a)  
Daniella Dinali Silva Aguiar na Delegacia de Cocal e a 2ª via arquivada, para os devidos fins.



**CIVIL**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME  
**JOSÉ PEREIRA DA COSTA**

MATRÍCULA  
140624 01 55 2018 4 00144 021 0028291- 11  
(LIVRO C: 144 TERMO: 28291 FOLHA: 21)

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	BRANCA	CASADO, 60 ANOS
NACIONALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
VICOSA DO CEARÁ-CE		RG: 2007643958-0 SSP-CE CPF nº 15489966073.
PILIAÇÃO E RESIDÊNCIA		ELETOR
FILIAÇÃO: ANTONIO DAS NEVES COSTA & FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO		SM
RESIDÊNCIA: Povoado GAMELEIRA, ZONA RURAL, COCAL-PI		
DATA E HORA DE FALECIMENTO		DIA MÊS ANO
Vinte e oito do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZONTO às 18:45		28 01 2018
LOCAL DE FALECIMENTO		
NO HOSPITAL ESTADUAL DIRceu ARCOVERDE, PARNAÍBA-PI		
CAUSA DA MORTE		
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, INFECÇÃO RESPIRATÓRIA, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO		
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)		DECLARANTE
CEMETÉRIO DO Povoado GAMELEIRA - COCAL-PI		MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO		
CHARLES PITTER ANDRADE SANTOS - 2464 PI		
OBSERVAÇÕES/INSTRUÇÕES		
TESTAMENTO: NÃO. BENS A INVENTARIAR: NÃO. DEIXA FILHOS: SIM. JOELMA, MARIA JOVINA, MARIA ELZEUDA, ANTONIO EUDES. CONJUGE: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA. "NADA HÁ A RESSALVAR."		

NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL  
OFICIANTE: MARIA AUXILIADORA FURTADO BALUZ  
MUNICÍPIO: PARNAÍBA-PI  
ENDEREÇO: RUA HUMBERTO DE CAMPOS N° 925 CENTRÔNORTE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu N.  
Data e local: PARNAÍBA, PI, 06 de Fevereiro de 2018.

*Luzia Alves Machado*  
Assinatura do Oficial

**Luzia Alves Machado**  
Screvente Autorizada





## REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Piauí  
COMARCA DE Luzilândia  
MUNICÍPIO DE Luzilândia  
DISTRITO DE Luzilândia

Maria de Lourdes Machado Nájato

Oficial Fábelia do Registro Civil

## Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 386 do Livro A 45, sob N.o do  
Ordem 10.657 foi lavrado o assento do nascimento da Maria Lourdes Amorim  
da Costa, sendo o de dito pronome e de no nome da filha  
do sexo feminino, em matuta, nascida no dia 24 de junho de  
mil novecentos e oitenta e seis (24.06.1986)  
às 11:00 horas e — minutos, em Graça  
distrito  
e de José Ferreira da Costa, casado  
e de Dona Maria Edilza da Costa, casada  
Sendo avós paternos Antônio das Neves  
e Donachumirice Ferreira do Nascimento  
e avós maternos Sebastião Neves  
e Dona x  
O assento foi lavrado em 19 de junho de 1987 tendo sido declarante  
a mãe da registranda  
e serviram de testemunhas Francisca da Silva e Bonita Maria de Menezes  
e Silva, pessoas idênticas e residentes nessa cidade  
Observações: Registrada nesse ato de acordo com a lei em vigor

x  
x  
x  
x  
x  
x  
x  
x  
x  
x



O referido é verdade e dou fé.  
M. de Lourdes M. Nájato  
FÁBELIA  
PRESA - SÃO PAULO  
Fábelia JOSÉ CYRILLO  
CARTEIRO PARANAPACABANA, II  
JUNTO A PRESA DA SE

Local 19 de junho de 1987

Francisca Maria de Albuquerque Silva  
Oficial

Francisca Maria de Albuquerque Silva  
Escrevente



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PIAUÍ  
COMARCA DE COCAL  
MUNICÍPIO DE COCAL  
DISTRITO DE COCAL

MARIA DE LOURDES MACHADO NOLETO

Oficial EFETIVA do Registro Civil

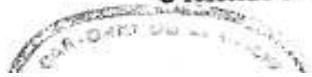
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls., 262 Vº do livro A ..... 58 sob nº de  
Ordem 22.218 foi lavrado o assento do nascimento de ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA. x x x  
do sexo masculino, moreno, nascidº no dia trinta de dezembro de /  
mil novecentos e noventa e quatro (30.12.1994). x  
x x x às 05:00 horas em Gameleira deste município.  
x x x  
filhº de José Ferreira da Costa. x x  
e de Dona Maria Edileuza Amorim da Costa. x x  
Sendo avós paternos Antonio das Neves Costa. x x  
e Dona Francisca Carvalho do Fascimento. x x  
e avós maternos x x x x  
e Dona Sebastiana Neves Costa. x x  
O assento foi lavrado em 15 de dezembro de 1999 tendo sido declarante  
o pai do registrando. x x x  
e serviram de testemunhas as constantes do termo. x x  
Observações: Registrado nesta data de acordo com a lei em vigor.

x x x  
x x x  
x x x  
x x x  
x x x  
x x x  
x x x  
x x x  
x x x  
x x x

O referido é verdade e dou fé.

Cocal (Pi), 15 de dezembro de 1999





## REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Piauí  
COMARCA DE Foral  
MUNICÍPIO DE Foral  
DISTRITO DE Foral

Maria de Souza Machado Nolito

Oficial cláudia do Registro Civil

## Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 386, do Livro A, nº 48, sob N.o de

Ordem 10.656 foi lavrado o assento do nascimento de José Amorim da Costa, sendo 1º de dito nome e 1º na ordem de nascimento, do sexo feminino, ver morada, nascido no dia 16 de abril de mil novecentos e oitenta e quatro (16.04.1984), às 00 horas e 00 minutos, em Geminiano,

filho de João Batista da Costa, casado

e de Donna Edilene Oliveira da Costa, piauiense, casada

Sendo avós paternos Francisco das Neves Costa

e Donna Genoveva Barreto das Neves

e avós maternos Sebastiana Neves Costa

e Donna x

O assento foi lavrado em 19 de janeiro de 1987, tendo sido declarante

a mãe da registranda

e serviram de testemunhas Comarina da Silva Mencão e Bânia Maria de Menezes

e Silva, pessoas idôneas e residentes nessa cidade

Observações: Registranda nascida dentro com o bazi em vigor

x

x

x

x

x

CARTO. N.º 0002 OFÍCIO

N.º da Legenda: M. Número  
FABEZA

O certificado é verdadeiro e dou fé.

DATA - 00 FEVEREIRO  
Fabezão JOSÉ CYRILLO

Foral 19 de janeiro de 1987

... 1. Al. ...



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME  
**JOSÉ PEREIRA DA COSTA**

MATRÍCULA  
140624 01 55 2018 4 00144 021 0026291-11

(LIVRO C: 144 TERMO: 26291 FOLHA: 21)

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	BRANCA	CASADO, 80 ANOS

NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
VIÇOSA DO CEARÁ-CE	RG: 2007643658-0 SSP-CE CPF nº 15469998673.	SM

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA
FILIAÇÃO: ANTONIO DAS NEVES COSTA e FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO RESIDÊNCIA: Povoado Gameleira, ZONA RURAL, COCAL-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
VINTE E OITO DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZDOTO ÀS 18:45	26	01	2018

LOCAL DE FALECIMENTO
NO HOSPITAL ESTADUAL DIRceu ARCOVERDE, PARNABA-PI

CAUSA DA MORTE
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, INFECÇÃO RESPIRATÓRIA, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

SEXPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)	DECLARANTE
CEMETÉRIO DO Povoado Gameleira - COCAL-PI	MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

NOSSO NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
CHARLES PITTER ANDRADE SANTOS - 2454 PI

OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES
TESTAMENTO: NÃO. BENS A INVENTARIAR: NÃO. DEIXA FILHOS: SM. JOELMA, MARIA JOVANA, MARIA ELZEUDA, ANTONIO EUDES. CÔNJUGE: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA. " NADA HÁ A RESSALTAR "

NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIALIZA: MARIA AUXILIADORA FURTADO BALUZ

MUNICÍPIO: PARNABA-PI

ENDEREÇO: RUA HUMBERTO DE CAMPOS N° 926 CENTRO/NORTE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data e local: PARNABA, PI, 06 de Fevereiro de 2018.

*Luzia Alves Machado*  
Assinatura do Oficial

**LUZIA ALVES MACHADO**  
Fazcrente Autorizada





**Para contato com a  
Eletrobras, Informações:  
092 800 14000**

-0567808-9

**CONVENIENCIA ENERGETICA DO PLANO**  
Se mantiver 100% - Geralmente é o resultado de:  
CPI=0,840,349,0001-50% (ver fórmula) ou seja:  
100% - Fazendo Cálculo de energia elétrica - 50% B-1.  
Verifique se o resultado é menor que 50% B-2 ou não.

Call No. 003404951

✓ తండ్రికాలు కొన్ని విషయాలకు ప్రశ్నలు చేసాడు

1996-03-10 10:45:00

10/10/2018 22/03/2018

卷之三

RECEIVED 2013 7/10/2013

[View Details](#)

MARIA EDILEUZA AMOR

PV GANIELEIRA @ B-RURAL

BOT: 135-205 13 06 0001588

Adm.	11617		status:	20/03/2018
Análise:	11570		Análise:	19/02/2018
Conselho de Missões:	1.000		Entrega final:	19/04/2018
Correção Módulo:	47		Revisão:	16/03/2018
Consulta Faturado:	47	FCAM	Assinatura:	20/03/2018

Normal

29

Nome/ultimo	Nº do	Número Multíplo	Ponto	Código RIC	Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	MONO	A504462		1.4.1.1	62.
MESES DE REFERÊNCIA					
FEV/18	57	CONSUMO	30 A R\$ 0,199517	5,98	
JAN/18	58	17 A R\$ 0,342040		5,81	
DEZ/17	58	CONTR. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)		2,47	
NOV/17	58	DIFERENCA DE TARIFA		15,53	
OUT/17	61	SUBVENCAO BAIXA RENDA		14,80	-
SET/17	71				
AGO/17	62				
JUL/17	67				
JUN/17	78				
MAI/17	70				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
F-B A 30 - 0,199517					
31 A 41 - 0,325330					

**DEBITOS JA AGAVISTAS**

Mes/Año Valor R\$ Infrações praticadas devidas ao valor de R\$ 19,62. Infrações praticadas no valor de R\$ 19,62. Infrações praticadas no valor de R\$ 19,62.

**COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE: VIVA E CITE! INCRIVEL CONVOCATÓRIA**

**COMBATE A MAFIA DO CRIME ORGANIZADO. GOVERNO FEDERAL**

1999-2000 DA CENSO, ATTRA E CHIROUNIYAL. GOVERNO FE  
TIVE ANTE PARTE DELL'AGRICOLTURA.

ASCE 41-14 / ACI 358R-14 / RISER 5355-2014 (Part 1)

<b>Desembolsos</b>	<b>14,13</b>	<b>R\$ 40,000,00</b>
Energia	2,22	R\$ 5,500,00
Transportador	2,25	R\$ 5,625,00
Entrega	1,27	R\$ 3,175,00
Total		<b>1,05</b>

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
0,00 0,00 0,00

403/2018, 2022-0-00

Eletrobras

Distribuição Paraná

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARANÁ  
Av. Marquês de Caxias, 50 - Centro - Foz do Iguaçu - PR  
CNPJ/MF: 00.100.000/0001-87 / Inscrição Estadual: 0000000000000000  
Agência: Foz do Iguaçu - KM 0 - KM 8,2  
Última revisão da tarifa: 01/04/2012

Painel com o nome  
Eletrobras, informe  
este número:

0950137-1

Nº da Nota Fiscal 003475244

A. Unif. Social da Fazenda Pública - Tabela Unificada  
Pôr. L. n. 10.430.672 de 01/01/2012.

MARÇO/2013

27/03/2013

55,77

MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA  
ST. SITIO DOS PERETRAS 0 0-RURAL  
CPF: 029.007.816.913.22  
CEP: 64.235-000 - POU. JACARANDA

ROT: 136.705.24.20.194500

Atub:	5009	136	21/03/2013
Articul:	5559	136	20/03/2013
Consumo de Multiplicação:	2.000	Anterior:	20/02/2013
Ultimo dia de faturamento:	50	Próximo faturamento:	20/04/2013
Consumo Faturado:	50	Entrega:	19/03/2013
		Arquivamento:	21/03/2013

Classificação	Unid.	Nome Fornecedor	Latas por	Média Latas
RESIDENCIAL	UNID.	A196623		60

PERÍODO	CONSUMO	VALOR
FEV/13	49	0 A R\$ 0,581477 = 29,07
JAN/13	56	CONTR. ILUMINAÇÃO PUB. (COSTIP) 29,07
DEZ/12	55	MULTA POR ATRASO 02/12-00 6,03
NOV/12	70	6,56
OUT/12	71	
SET/12	67	
AGO/12	68	
JUL/12	57	
JUN/12	61	
MAI/12	64	
TOTAL DE TRIBUTOS:	0,00	0,00

CONTA DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA - FONTE: ELETROBRAS - GOVERNO FEDERAL  
CONTA DE MOSQUITO DA DRENAGEM - FONTE: ELETROBRAS - GOVERNO FEDERAL  
LIGUE ONDE VOCÊ PODE E FAÇA UMA DIFERENÇA! DENTRO DE 30 DIAS, SEU 25%  
Parabéns! Até o dia 19/03/2013, já foi constatadas faltas de 0,00%  
nessa Unidade Consumidora.

REGISTRO DO NÚMERO 4832.0000.5400.CAC9.0397.DSD1.5F03.A75B

Dist. Ilum.:	7,92	Base de Cálculo:	
Energia:	15,24	Aluguel:	
Transmissão:	2,36	Valor de ICMS:	
Encargos:	2,39	Valor de IPI:	0,24
Kilometro:	1,36	Valor de COFINS:	1,12

0,20 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,



Para ejercitarse con el  
Ektrotrón, Introducir  
los dedos EN LA MUERTE

-0567808-6

**CONVENIENCIAS ENERGETICAS DO HALO**  
de Marcialdo - 100 - Cent. adic. 1 - Teatro - 20  
CNA - 800-324-0001-8034-84 (pedidos 100 en adelante)  
Av. Presidente Getúlio Vargas - 2000-6-1.  
Urgente en el teléfono 800-324-0001, local 500-220-2000.

Call No. 003404951

✓ Tanda Sosial dan Peningkatan Efisiensi - Pengembangan

（四）在本行的各項工作上，應當遵守本行的規章制度。

10/03/2019 22/03/2019

卷之三

MARIA EDILEUZA AMÓRIM DA COSTA  
PV GANELEERA O B-RURAL  
CPF: 000073003123300  
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDÁ

ROT: 135.705.13.06.004500

Adm.	11617		status:	20/03/2018
Análise:	11570		Análise:	19/02/2018
Conselho de Mobilização:	1.000		Entrega final:	19/04/2018
Correção/Módulos:	47		Baixa:	16/03/2018
Consulta Fazenda:	47	FCAM	Assinatura:	20/03/2018

**NORMALE**

Nome/ultimo	Nº da Conta	Nome do Titular	Vorte	Saldo Fis.	Média 12 meses
ESZD_BX_RENDA	NONO	A504492	1.4.1.1	62,	
MOVIMENTOS					
FEV/18	57	CONSUMO	30 A R\$ 0,199517 =	5,98	
JAN/18	58		17 A R\$ 0,342040 =	5,81	
DEZ/17	58	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,47	
NOV/17	58	DIFERENCA DE TARIFA		15,33	
OUT/17	61	SUBVENCAO BAIXA RENDA		14,80-	
SET/17	71				
AGO/17	62				
UL/17	67				
JUN/17	78				
MAI/17	78				
ARUJA SEM TRIBUTOS:					
08 H 20 - 8,199723					
01 H 41 - 0,325538					

**COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL  
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL  
LIGUE OSSEU OBRA VINCER E FAÇA O PÁTRIA VENCER**

**ASSESSMENT** **ASSESSMENT**

Desconto Mín.	14,13	Preço de Venda:	
Entrega:	2,22	Almoxarifado:	
Totalizado:	2,25	Valor do frete:	
Outras:	1,27	Salvo de PIS:	0,22
Total:		Salvo de ICMS:	1,05

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
0,00 0,00 0,00

01/2018 0,00



Para ejercitarse con el  
Ektrotrón, Introducir  
los dedos EN LA MUERTE

-0567808-6

**CONVENIENCIAS ENERGETICAS DO HALO**  
de Marcialdo - 100 - Cent. adic. 1 - Teatro - 20  
CNA - 800-324-0001-8034-84 (pedidos 100 en adelante)  
Av. Presidente Getúlio Vargas - 2000-6-1.  
Urgente en el teléfono 800-324-0001, local 500-2202 o 500-2203.

Call No. 003404951

✓ Tanda Sosial dan Peningkatan Efisiensi - Pengembangan

卷之三

MARCA/2018 27/03/2018 47 14,99

MARIA EDILEUZA AMÓRIM DA COSTA  
PV GANELEIRA Q B-RURAL  
CPF: 00073003123300  
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDÁ

Actual.	<b>11617</b>		Actual.	<b>20/03/2018</b>
Anterior:	<b>11570</b>		Anterior:	<b>19/02/2018</b>
Concursos de Música/Espírito:	<b>1.000</b>		Entrega proposta:	<b>19/04/2018</b>
Centros/Módulos:	<b>47</b>		Baixação:	<b>16/03/2018</b>
Consultas Faltantes:	<b>47</b>	<b>FCAM</b>	Consultas:	<b>20/03/2018</b>

NORMAL 29

RESID. BY RENDA	MONO	Mínimo Módulo	Porto	Frete R\$	Média 12 meses
	A504462			14.1.1	62.
Novo consumo					
FEV/18	57	CONSULHO	30 A R\$ 0,199517	5,98	
JAN/18	58		17 A R\$ 0,342040	5,81	
DEZ/17	58	CONTA. ILUMINACAO PUBL. (COSIP)		2,47	
NOV/17	58	DIFERENCA DE TARIFA		15,53	
OUT/17	61	SUBVENCAO BAIXA RENDA		14,80	
SET/17	71				
AGO/17	62				
JUL/17	67				
JUN/17	78				
MAI/17	70				
TARIFA SEM TRIBUTOS:					
30 A 50 - 0,199517					
31 A 41 - 0,342040					

**DEBITOS JA AGANHADOS**

Mes/Año	Valor R\$
12/2014	19,62

Informações referentes ao débito constam no valor de R\$ 19,62 para o mês de dezembro de 2014. O débito consta na fatura de 31/12/2014 e não foi pago. Pode ser que o débito conste na fatura de 31/12/2014 e não seja pago. Pode ser que o débito conste na fatura de 31/12/2014 e não seja pago.

**COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL**  
**COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL**  
**LIGUE OSSEU OSSE XIXOM-E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO DE 15/07/2017**

AS7E.4134.ACCE.49AB.9EB1.E7FE.3521.4751

Distribuição	<b>14,13</b>	Pre. da Liderança	
Energia	<b>2,22</b>	Atribuição das	
2º anuidade	<b>2,25</b>	Várias de tarefas	
Entrega	<b>1,27</b>	Voluntariado	<b>0,22</b>
Ritmo		Várias competências	<b>1,05</b>

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00  
0,00 0,00 0,00

01/2018 0,00

Digitized by  
Digitizac. Paul

Page 49 of 50  
Section 10  
Page 10

- 9947198-7

v03262917

COVENANT INFORMATION PROJECT  
Educazione e cultura - Centro di Ricerca - SI  
Progetto di ricerca finanziato dal MIUR - MIUR

Marco/2018

23/03/2013

58,14

JOELMA AMORIM DA COSTA  
 AV. CAMPESTRE S. DE BAIXO B- RURAL  
 CEP: 66000-8700000300  
 CEL: 14-235-6660 - POU. IACAHANDA  
 9619  
 prato 8519  
 Atum 1.000  
 Cozido de carne 300  
 Omelete 100

卷之三

卷之三

372014

1719

Q4/FBI

123 / 201

103 / 201

23

卷之三

Digitized by srujanika@gmail.com

RESÍD. BA. RENDA	MUNIC.	VALOR	VALOR	VALOR
FEV/18	114			
JAN/18	151			
DEZ/17	127			
NOV/17	123			
OUT/17	130			
SEI/17	127			
AGO/17	127			
JUL/17	111			
		CONTR. LUMINACAO PUB. (COP/CP)	30 A R\$ 0,432891	30,30
		DIFERENCA DE TERRAFA	70 A R\$ 0,432891	5,27
		SUBVENCAO BAIXA RENDA		
		CORRECAO MONETARIA IGPM (2%)		
		MULTA POR ATRASO (2%)		
		JUDROS DE MORA DE IMPORTE / SER		

COMBATE O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNHA. GOVERNO FEDERAL  
COMBATE O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNHA. GOVERNO FEDERAL  
LEIA - ME 9880 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 15.13.15.20.25  
PRAZO 14/03/2016, NÃO CONSEGUEMOS. FICAMOS VERIFICANDO  
PODE SER DEIXADO COM AQUI.

CHAS TABI C714 4349 AGED EBBA

RESERVA DE PORTUGAL		CEP: 7041-000	VALOR: R\$ 73,39
Reserva de Portugal	1,85	Reserva de Portugal	20,00
Brasil	36,08	Brasil	14,71
Argentina	4,73	Argentina	0,61
Uruguai	4,79	Uruguai	2,44
Colombia	18,16	Colombia	
Peru		Peru	

**Operadora**

CEPISA

Para contato  
numero 00000  
fone NUMERO

**CEPISAPLUS**

00000-000-0

CNPJ/MF: 00000000000000000000  
Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 750 - Centro - Teresópolis - RJ  
CNPJ/MF: 00000000000000000000 - Emissal 10.201.383-0  
Nº de Fone/Celular: 021-2601-383-0  
Região Especial de concessão autorizada pelo SAE/RJ/MEU

Nº da Nota Fiscal: 021983977

Aviso: Proibido o uso de aparelhos de comunicação móveis (celulares) dentro do prédio da Cemig. Uso de celulares é proibido no prédio da Cemig de 06/01/2012.

**COMITATÉS**

**VENCIMENTO**

**CONSUMO (kWh)**

**TOTAL A PAGAR (R\$)**

**MAIO/2019**

**27-05-2019**

**57**

**33,51**

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA  
PV. GEMELEIRA Q. B-RURAL  
CPF: 000720031233300  
CEP: 64.255-000 - COCAL

ROT: 157.365.35.80.069000

Dados da Leitura

kWh:

Data da Leitura:

Atual:

12483

20/05/2019

Anterior:

12374

Assunto:

Diferença de Multiplicador:

1,000

Data da Leitura:

Corrida Medida:

57

Data da Leitura:

Corrida Faturada:

57

Data da Leitura:

Forma de Faturamento: **NORMAL**

Código de Início da Fatura:

Classe Tarifaria:

DATA DE EMISSÃO:





**comercial**  
ENERGIA  
**cepisa**

Para contato  
conosco, informe  
esse NÚMERO!

(SEU CÓDIGO)

0347198-7

28/05/2019



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/SUL - Teresina - PI  
CNPJ: 06.910.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.363-5  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Regime especial de impressão autorizado pelo SEFAZ/PIAUI

MÊS MESAIS: 23-05-2019 VENCIMENTO: 23-05-2019

Nº da Nota Fiscal: 021844173

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.428 de 26 de outubro de 2002.

CONSUMO (kWh) 145 TOTAL A PAGAR (R\$) 106,20

JOELMA AMORIM DA COSTA  
RUA CAMPESTRE 6 DE BAIXO B-RURAL  
CPF: 000000780899300  
CEP: 64.235-000 - COCAL

ROT: 155.305.33.82.381000

DADOS DA UNIDADE: 10837 DADOS DA UNIÃO: 16/05/2019

Atual: 10742 Atual: 16-04-2019

Anterior: 10837 Anterior: 14-06-2019

Constante de Multiplicação: Próxima Leitura:

Consumo Médio: 145 14-05-2019

Consumo faturado: 145 Entidade: 16-05-2019

Forma de Faturamento: NORMAL Abertura/Inregularidade: 30

Dia de Consumo: 30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA: 145.305.33.82.381000

Nome/Endereço: RESID. BX. RENDA Unidade: MONO Número Medidor: A1105036 Período: 1.4.1.1 Mês 12 meses: 134

HISTÓRICO DE CONSUMO: 10837

Mês/ano consumo: CONSUMO DESCONTO DA CONTA:

ABR/19 118 30 A R\$ 0,289157 = 8,67

MAR/19 139 70 A R\$ 0,495697 = 34,69

FEV/19 136 45 A R\$ 0,743533 = 33,45

JAN/19 143 CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 12,13

DEZ/18 122 DIFERENCA DE TARIFA 42,98

NOV/18 163 SUBVENCAO BAJA RENDA 30,39-

OUT/18 142 CORRECAO MONETARIA ICPM (2X) 0,89

SET/18 148 MULTA POR ATRASO (2X) 3,13

AGO/18 149 JUROS POR ATRASO (2X) 1,15

JUL/18 113 ADICIONAL BANDEIRADA AMARELA - 0,46

TARIFA SEM DESCONTOS:

1.º F 118 - 0,289157

2.º F 139 - 0,495697

3.º F 136 - 0,743533

4.º F 143 - 0,534423

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM:

Declaro que quito os débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09).

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

Parabéns! Até o dia 14-05-2019, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Verifique se a sua data de vencimento é 01, 05, 10, 15, 20 ou 25, entre no SISTEMA PIAUÍ para saber mais sobre o seu atendimento.

RESERVADO AO FISCO C285.412F.9177.6FF0.8031.F792.BAC8.2912

CONFIRMADO BRASILIA-DF IMPOSTOS/IRMS-DF

Distribuição:	25,19	Base de Cálculo:	119,79	93,43
Energia:	48,64	Alíquota ICMS:	22,00%	
Transmissão:	8,22	Valor do ICMS:		26,35
Encargos:	4,02	Valor do PIS:	1,40%	1,31
Tributos:	33,72	Valor do COFINS:	5,49%	5,06

**MINIADORES DE CONTINUIDADE**

	BRF	RIC	DRC	apcf
Mês:	Ano:	Mês:	Inverso:	Mês:
Último:	7,66	15,31	30,65	3,86
Finalizado:	0,00	0,00	0,00	0,00
Objetivo:	FATIGUEIRO	Percorrido:	03/2019	28,63

ROT: 155.305.33.82.381000

SEU CÓDIGO

TOTAL A PAGAR - R\$

**comercial**

ENERGIA

**cepisa**

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/SUL - Teresina - PI  
CNPJ: 06.910.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.201.363-5

Nº da Nota Fiscal:

021844173 FCAM

0347198-7

106,20

MÊS FATURADO

VENCIMENTO

05/2019

23-05-2019

83650000001 0 06200017600 1 00000000947 2 19870519008 2



## **DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE**

MARIA EDILSEUZA AMORIM DA COSTA, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº 1.234.707 SSP-PI, CPF nº 730.031.233-00, residente na POV. GAMALEIRA S/Nº ZONA RURAL, declaro em sã consciência que convivia, na condição de **cônjuge**, com JOSE FERREIRA DA COSTA (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: PARNAIBA PI, 02 DE MAIO DE 2018

maria edilseuza amorim da costa  
Assinatura do Cônjuge

## 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 \_\_\_\_\_, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ faleceu em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, no estado civil de \_\_\_\_\_ (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. MARTA NEDELIEZA AMORIM DA COSTA ESPOSA		1234707	73003123300
2.			
3.			
4.			
5.			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima ( ) não deixou companheira(o) ou ( ) deixou companheira(o) de nome \_\_\_\_\_.

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

PARNAMIBA - PI 07/05/2018

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

### **[1] 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.			
2.			

### **DADOS DE TESTEMUNHAS**

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

### **(\*) 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 JOSÉ PEREIRADA COSTA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 22 / 11 / 17, faleceu em 28 / 01 / 18, no estado civil de CASADO (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. JOELMA AMORIM DA COSTA	FILHA	4.577.010	007.808.993-00
2. MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA	FILHA	2003028004120	007.810.913-22
3. MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA	FILHA	3.230.211	047.492.963-92
4. ANTONIO EDIDES AMORIM DA COSTA	FILHO	3.587.801	062.789.873-41
5.			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(amos), ainda, que a vítima ( ) não deixou companheira(o) ou (X) deixou companheira(o) de nome MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA.

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.

PARNÁIBA - PI 07/05/2018  
LOCAL E DATA

x Joelyna Amorim da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNÁIBA - PI 07/05/2018  
LOCAL E DATA

x Maria Jovana Amorim da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNÁIBA - PI 07/05/2018  
LOCAL E DATA

x Maria Elizenda Amorim da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNÁIBA - PI 07/05/2018  
LOCAL E DATA

x Antônio Edides Amorim da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

### 1 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
<u>1. maria Edileusa Amorim</u>	<u>1.234.707</u>	<u>13.003.123.80</u>	<u>maria Edileusa Amorim</u>
<u>2. da Costa</u>			<u>da Costa</u>

### 2 DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
<u>1. maria de Jesus Oliveira</u>	<u>1.256.844</u>	<u>673.844.223-53</u>	<u>Maria de Jesus Oliveira</u>
<u>2. José Francisco de Souza</u>	<u>354.6864</u>	<u>041.462.893.64</u>	<u>José Francisco de Souza</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).



VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DEZ	5.234.707	DATA DE EXPEDIÇÃO	02/03/17
NOME	MARIA EDILEUZA ANORIM DA COSTA		
MUNICÍPIO	SEBASTIANA NEVES COSTA		
MUNICÍPIO	COCAL-PI	DATA DE NASCIMENTO	01/01/1963
DOC. DIREITO	CERT. CASAM. 794 L 15 F 36		
CPF	EXP COCAL-PI 19/05/10	230.033.233-00	
230.033.233-00 - Ofício das Chagas Pinheiro Meireles 107/1948 - Sindicato dos Policiais Civis do Estado do Piauí			
LEI Nº 7.106 DE 2000/08 - DECRETO Nº 09/2008			

REDAÇÃO DA IDENTIDADE DIGITAL DO ELETOR

SISTEMA DE CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPP. MANTIDO PELO MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, VIA COORDENADORIA DA INFORMAÇÃO PÚBLICA.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL.  
EMITIDA EM: 02/11/14

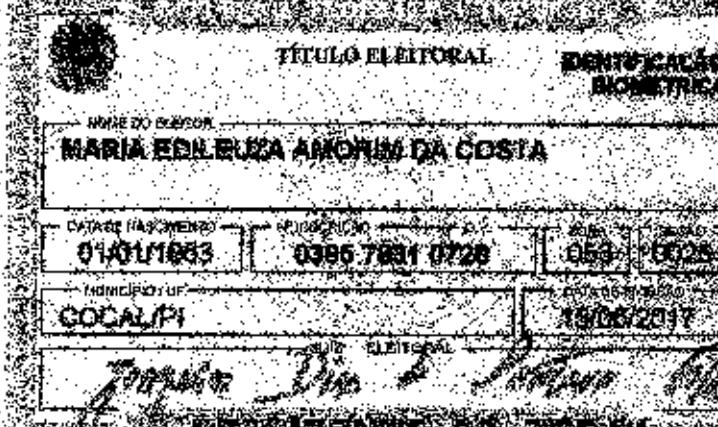
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ABSCRIBUTA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE



INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

"JOÃO DE DEUS MARTINS"

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

### CPP - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARIA EDILEUZA ANORIM DA COSTA

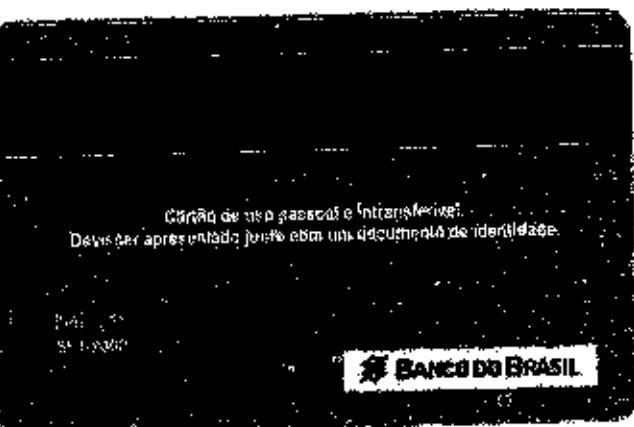
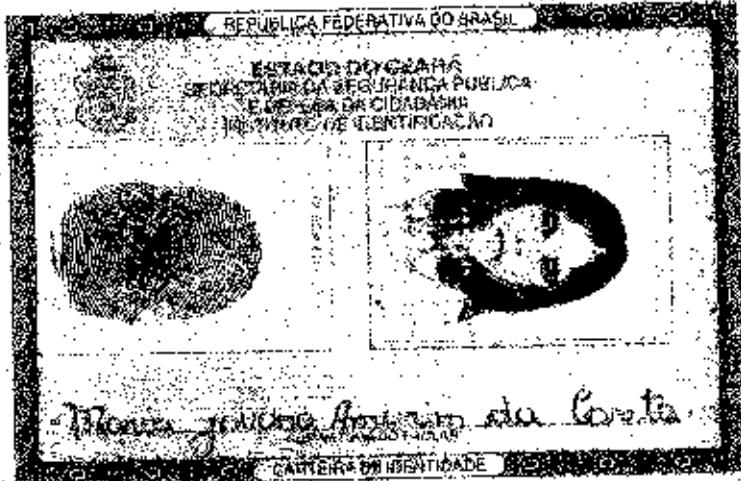
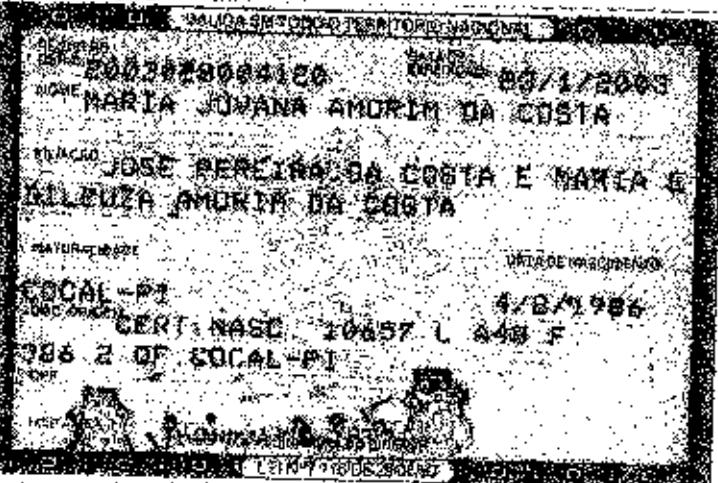
Nº de Inscrição

730031233-00

DATA DE NASCIMENTO

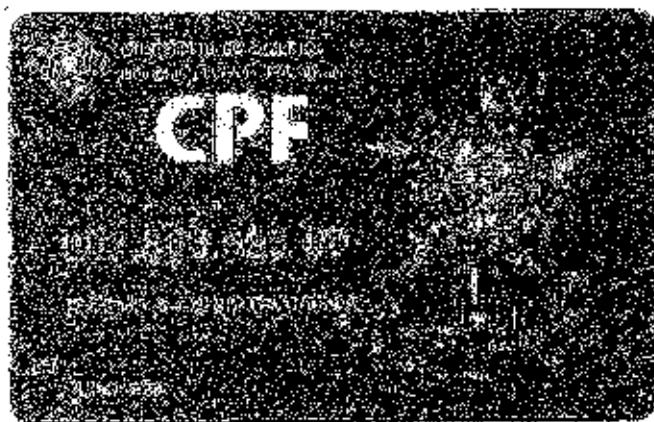
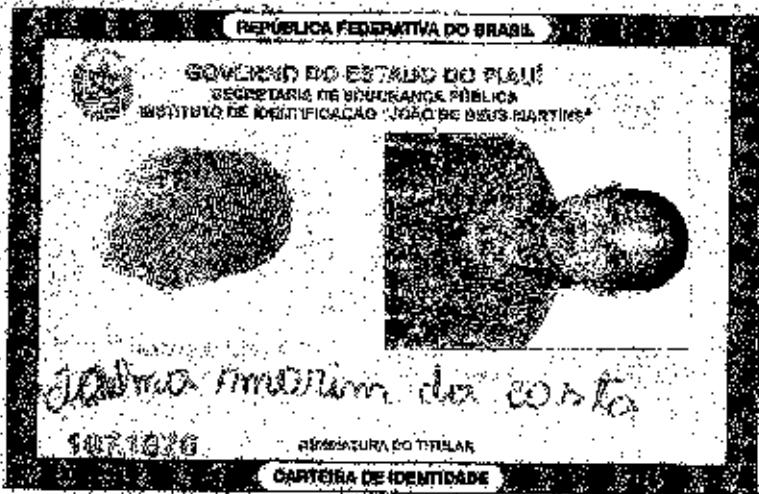
01/01/63

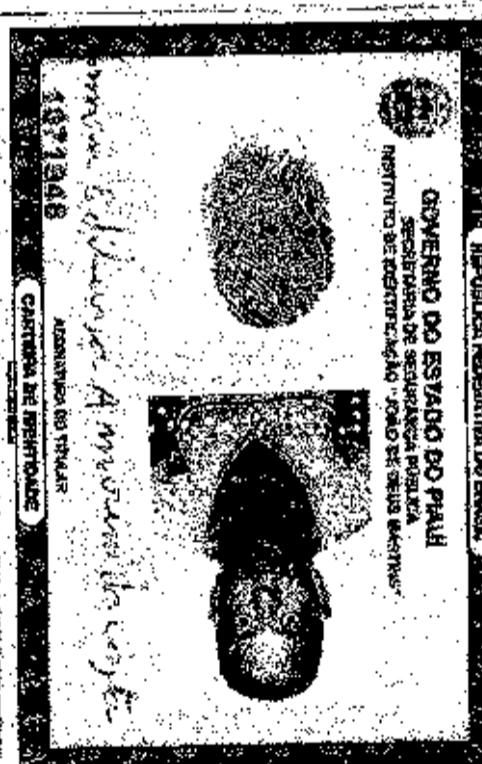
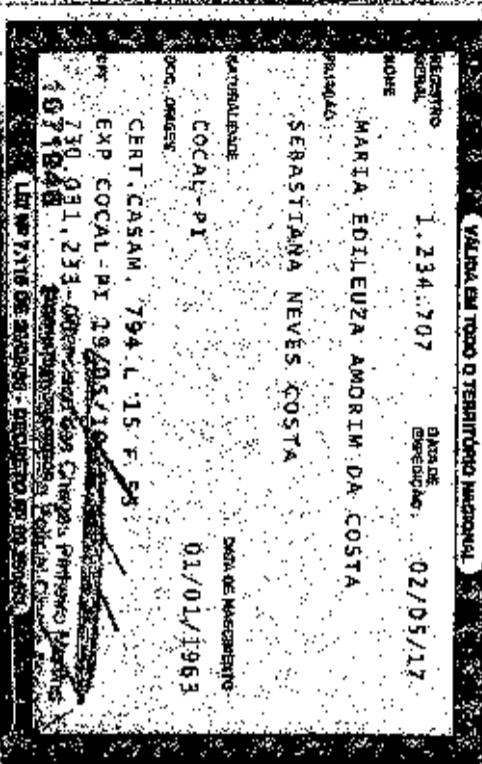


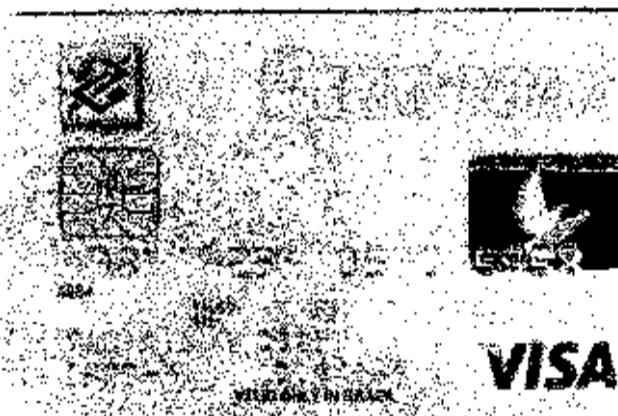
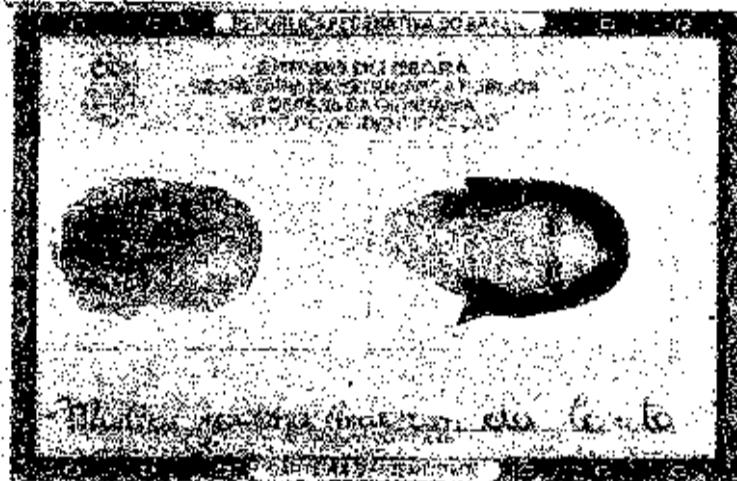
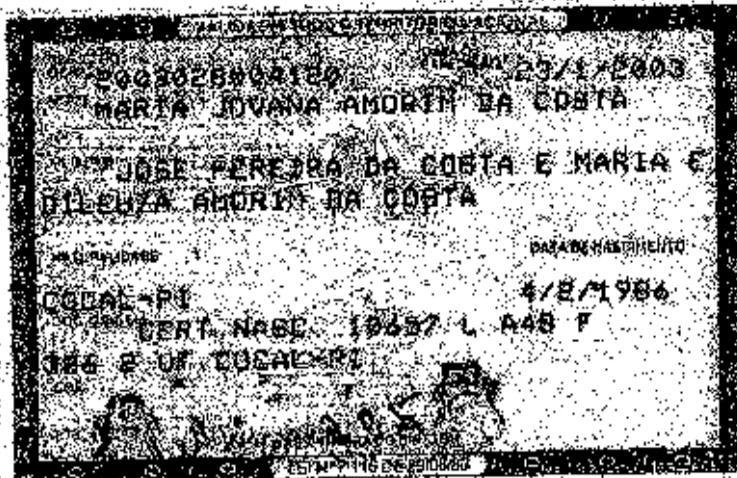
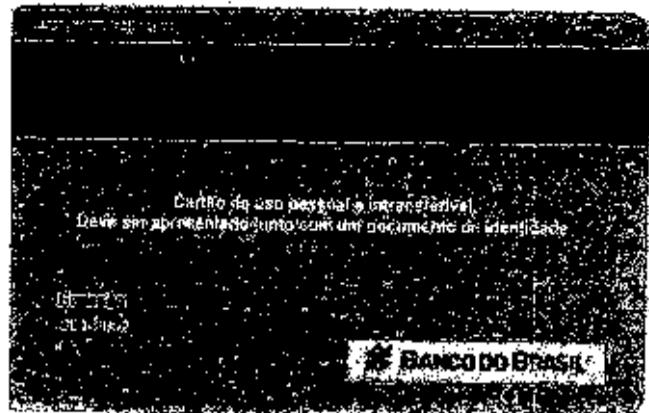


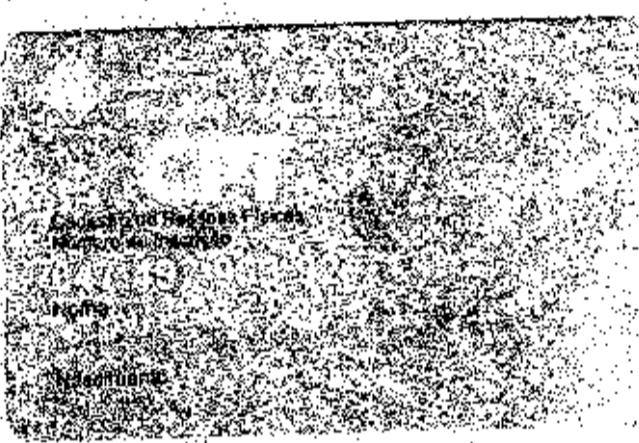
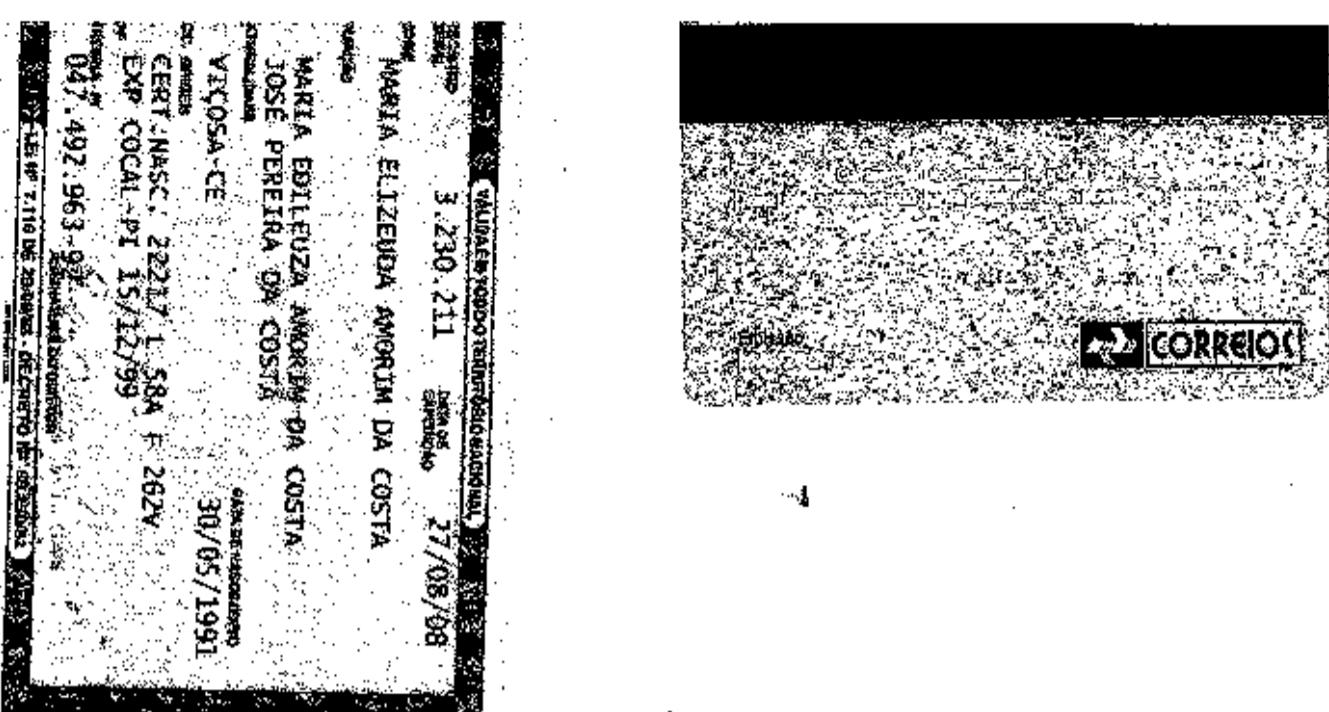
VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

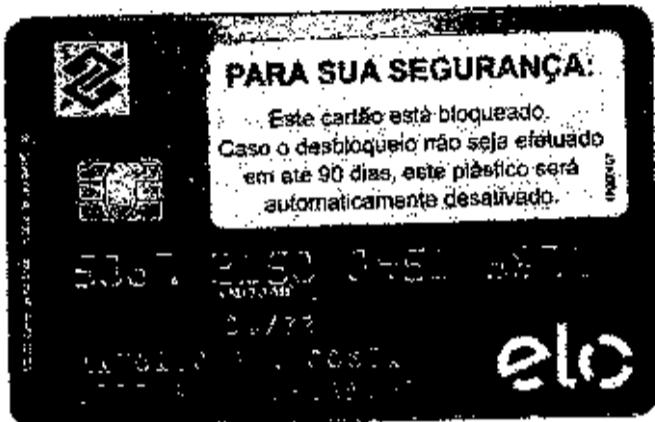
REGISTRO GERAL	4.577.010	DATAS DE EMISSÃO	10/04/17
SCRE	JOELMA AMORIM DA COSTA		
PAI/AVÓ	MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA		
MATERNIDADE	JOSE PEREIRA DA COSTA		
CO-CAL-PI	DATA DE NASCIMENTO		
DOC. ORIGEM	16/04/1984		
CERT. NASC.	10610.1.448-6	CPF	EXP. COCAL-PI 19/01/87
007.808.993-0000			
1071870			
Chaves Pinheiro Martins			
LEIA 07.116 DE 2008/03 - SECRETARIA DE ESTADO			











CÓDIGO DE CONTROLE

TC88.DF78.4A56.8238

A autenticidade deste comprovante deve ser confirmada na internet, no endereço [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br).

Compreendida emissão pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 09/03/2011 Pela(s) data(s) de emissão

digito verificador: 00

MINISTÉRIO DA Fazenda

Receita Federal  
Centro de Recursos Fiscais

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número:

082.789.873-41

Nome:

ANTONIO EUNES AMORIM DA COSTA

Residência:

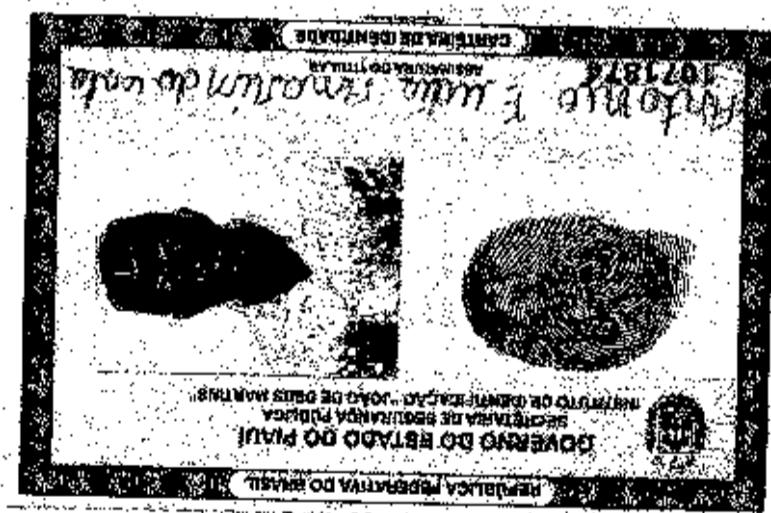
10112/1834

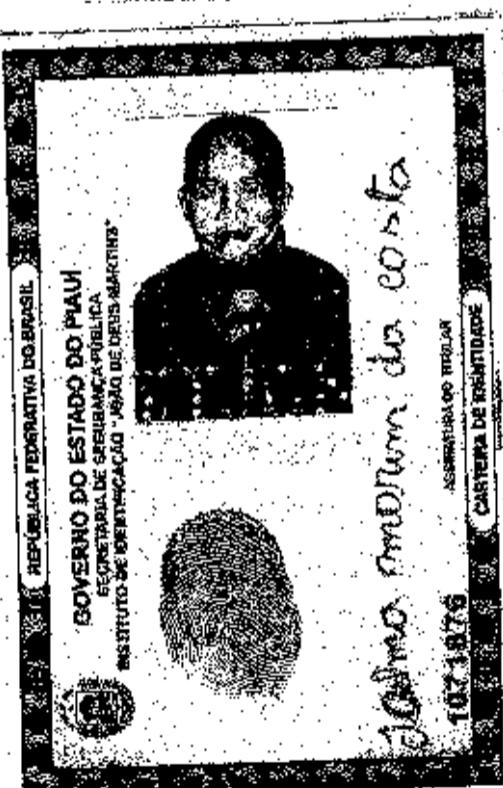
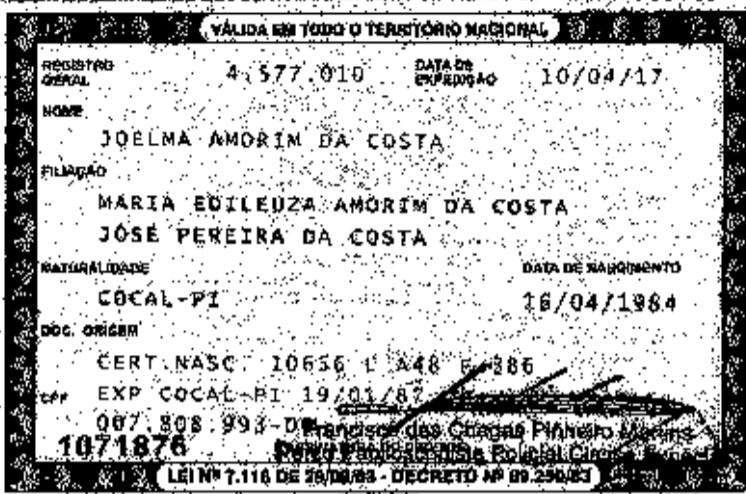
VALOR COMPOSTO COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

1777-9

16-851-3

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	3.587.801	DATA DE EXPEDICAO	10/04/17
NOME	ANTONIO Eudes Amorim da COSTA		
FILHOS	MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA JOSÉ PEREIRA DA COSTA		
MATERIALIDADE	DATA DE NASCIMENTO		
COCAL-PI	30/12/1994		
REC. ORIGEM	CERT. NASC. 22218 L A53 F 1622		
EXP. COCAL-PI 15/12/99	082.789.873-4		
1071874	PRINCIPAL DAS CHACAS PIMENTEIRO MUNICÍPIO PATO BRANCO PARÁ POLÍCIA CIVIL		
LEI Nº 7.118 DE 25/06/83 - DECRETO Nº 65.250/83			





**Mensagem**

De **Nennuh Bessah <Nennuh Bessah josefranciscodebessa@gmail.com>** Contato **23/05/2019 08:52:04**  
Para **faleconosco@segurado...** <faleconosco@seguradoralider.com.br>; Leitura **23/05/2019 08:56:43**  
Cc  
Assunto **Protocolo 24849966** Recebimento **23/05/2019 08:56:43**  
Prioridade **BAIXA**

 [B.O morte\\_2.jpg \(189 kb\)](#)  [B.O morte\\_1.jpg \(355 kb\)](#)

Anexos Status **Classificado**  
**23/05/2019 14:43:48**

Vítima : JOSE PEREIRA DA COSTA  
CPF:154.698.698-73  
DATA NASC: 14/10/1957  
DATA ACIDENTE: 22/11/2017  
Beneficiário (a) : MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA  
CPF : 730.031.233-00  
DATA NASC: 01/01/1963



MINISTÉRIO DO EXÉRCITO

10

RM

## CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO

25<sup>a</sup> CSM

Nº 586505

SÉRIE O



Certifico que JOSÉ FERREIRA DA COSTA — CB  
nascido a 14 Out 57 — (data) VICOSA DO CEARÁ — (Município) CE  
filho de Antônio das Neves Costa — (Município) — (Estado)  
e de Francisca Carvalho da Nascimento — (Município) — (Estado)  
foi dispensado do Serviço Militar Inicial em 1976 — (data) por ter — (motivo)  
sido incluído no excesso do contingente — (motivo)

Identificação: N.º de Registro 1. 129  
Altura 1m 58 Cútis branca Olhos cast cl  
Cabelos cas esc end Tipo sanguíneo —  
Sinais particulares não es — (motivo)



(somente é válido com as "Armas Nacionais" em marca d'água)

## OUTROS DADOS:

Profissão: funcionário  
Residência: Belo Horizonte  
Situação especial (\*): —

Em caso de convocação deve presentar-se imediatamente.

Fortaleza-CE 01 Jul 80  
(local e data)

(Assinatura do Comandante ou Chefe)

EDGARD GONCALVES  
TEN. CEL. CH. 3<sup>a</sup> SECÃO

--	--	--	--

(\* ) Só será exigível anotação em carimbo, para ser efetuado em dia com as obrigações militares, quando estiver incluído em situação especial.

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSE PEREIRA DA COSTA

Loc. Nasc BURITI VICOSA DO CEARA  
Est. CEARA Data 14, 10, 57Filiação ANTONIO NEVES DA COSTA  
E FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTONASCIMENTO SOLTEIRO Doc. N° 1.129  
Fls. 113 Liv. 320 Reg. Civil NASC.

Outro doc. CARTORIO COCAL PIAUI

Situacão Militar: Doc. CDL 256-CSM Est. CEARA  
Nº 586505 Órgão

Naturalizado Dec. N° Em / / / /

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / / /

Doc. Ident. N° / / / / Exp. em / / / /

Estado / / / /

Obs. / / / /

Data Emissão 07.08.80 DRT CEARA  
Assinatura do Funcionário

## MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SEGURO SOCIAL

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Série 000004-09

22-08-80

Polegar Direito



Número: 046369

ASSINATURA DO PORTADOR

José Pereira da Costa

Data Nasc	Data de Entrada	Data Expedição
14/10/1957	18/05/2017	18/05/2017
Natural	UF	Estado Civil
VIÇOSA	CE	CASADO
Del. / Coord.		
CAMPESTRE		
Cônjugue		
MARIA EDILEUSA AMORIM DA COSTA		
Filiação		
ANTONIO DAS NEVES COSTA		
FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO		
Cart. Ident.	20076439580	CPF 154.698.698-73
CTPS	046369-00004-CE	Título 18484351520

**SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS AGRICULTORES(AS) FAMILIARES DE COCAL - PI**



Órgão sind. de 1º grau Lei 4214 de 02/03/63-Carta ass. Exmoº Sr. Min do Trab e Prev Social Reg. no Órgão Federal: 8420100 Fund:27/05/1972 Cnpj:07.244.411/0001-71 AV. RAIMUNDO ALVES PEREIRA, 225 COCAL-PI Cep:64.235-000 Tel:(86) 3362-1244 Fax:(86) 3362-1593 Ficha 9488

*O. S. Pereira da Costa*

**JOSE PEREIRA DA COSTA**

*[Signature]*

Assinatura do Presidente ou Representante Legal



Rio de Janeiro, 07/06/2018  
DPVAT/SIN - 06801/2018

Para: MARIA EDILEUSA AMORIM DA COSTA  
POVOADO GAMELEIRA  
ZONA RURAL  
COCAL - PI  
64235-000

REF: DEVOLUÇÃO DE DOCUMENTOS - PROJETO CORREIOS  
SEDEX N° DY 096967019 BR

Prezado (a) Senhor(a),

Foram protocolados nos Correios documentos relativos ao acidente ocorrido com o(a) Sro(a). JOSE PEREIRA DA COSTA, porém para que possamos efetuar o cadastramento do sinistro é necessário apresentar

Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia autenticada e legível)

Estamos devolvendo todos os documentos e após a regularização da pendencia, toda a documentação deverá nos ser encaminhada para o devido cadastramento e análise.

Finalizamos informando que a Seguradora Líder DPVAT encontra-se à disposição pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT

MCSF  
**Anexo: conf. texto**

# SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

**LÍDER**  
Administradora de Seguros

## COBERTURA SOLICITADA

**☒ MORTE**     INVALIDEZ PERMANENTE     DAMS

**VÍTIMA** JOSÉ PEREIRA DA COSTA

**IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA**

**DATA DO ACIDENTE** 22/11/17 POSSUI CPF  SIM  NÃO    **Nº CPF** 154.698.698-73

**PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS**

- Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- CPF do Representante Legal (cópia simples)
- Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Laudo de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva – Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML.
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)
- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada  Sim  Não
- Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- CPF da vítima (cópia simples)

- Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE Morte

**☒ Registro de Ocorrência Policial** – original ou cópia autenticada  Sim  Não

**☒ Certidão de óbito da vítima** - cópia autenticada:  Sim  Não

**☒ Comprovante de óbito da vítima** - cópia autenticada:  Sim  Não

**☒ Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)

**☒ Documento de identificação da vítima** (cópia simples)

**☒ Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)

**☒ Documento de identificação da vítima** (cópia simples)

**☒ Documento de identificação de todos os beneficiários** (cópia simples)

**☒ Documento de identificação da vítima** (cópia simples)

**☒ Portador da documentação (Nome)**

Quem é o portador?  Vítima  Beneficiário  Representante Legal - CPF do portador 730.031.333-00

E-mail \_\_\_\_\_ Tel.: 36.9547-0531

Data 30/05/2018 Assinatura Maria Edilusa Amâncio da Costa

**☒ Responsável pelo recebimento**

Ponto de Atendimento (Nome do Pontal) A.C. PARNAIBA (CORREIOS) - PI

Atendente WILMILDO WELDEN RIBEIRO LOPES Matrícula 8377-916-4

Data: 30/05/2018 Assinatura: Raimundo Wilde Ribeiro Lopes

## FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE OCORRÊNCIA DO SAMU

NOME : <i>José Pereira da Costa</i>		DATA DO ATENDIMENTO:	
ENDERECO: <i>Gamiluira.</i>		CIDADE: / UF: /	
RG: _____	Data Expedição: _____	SOLICITADO EM <i>30/01/18</i>	
CPF: _____	Data de Nascimento: _____	ASS. SOLICITANTE	
Estado Civil: _____	Naturalidade: _____		
Telefone Contato: _____			
ASSUNTO: _____ _____	RECEBIDO EM _____ / _____ / _____		
ASSINATURA			

**FETAG-PI**

FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA DO ESTADO DO PIAUÍ  
AV: FREI SERAFIM 1884 - CENTRO  
TERESINA-PI - CEP: 64001-02

PAGÁVEL SOMENTE NAS AGÊNCIAS DO CORREIOS  
APÓS 30 DIAS, SÓ RECEBER COM AUTORIZAÇÃO DO S.T.R

3 - Nome do Sindicato

**S T R DE COCAL****ECT**

1 - Data Vencimento

30/08/2002

2 - Exercício

**2002**

4 - Código da Parcela

**2002.050.2113-8**

Destinatário

5 - Nome

**MARIA EDILEUSA DE AMORIM DA COSTA**

8 - Profissão

LAVRADOR(a)

6 - Endereço

**GAMELEIRA DOS COSTA**

7 - Complemento endereço

8 - Bairro

9 - Cidade

Cocal

10 - UF

Pi

11 - CEP

64235-000

Grupo Família (Dependentes):

**José Pereira da Costa****Joelma Amorim da Costa****Maria Elizeuda Amorim da Costa****Antonio Eudes Amorim da Costa**

13 - CPF

000.000.000-00

1.234.707

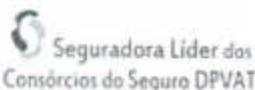
x68269-81

**CONTRIBUIÇÃO CONFEDERATIVA**

14 - Valor

R\$ 20,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187247/19

Número do Sinistro: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do acidente: 22/11/2017

CPF: 154.698.698-73

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEREIRA DA COSTA

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

**JOELMA AMORIM DA COSTA : 007.808.993-00**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

**ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA : 062.789.873-41**

Autorização de pagamento

Documentos de identificação

**MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA : 047.492.963-92**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

**MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA : 007.810.913-22**

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

Documentos de identificação

**MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA : 730.031.233-00**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

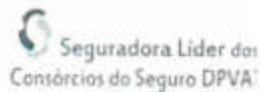
- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019  
Nome: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA  
CPF: 730.031.233-00

---

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019  
Nome: ALAN SILVA DE OLIVEIRA  
CPF: 152.775.167-86

---

ALAN SILVA DE OLIVEIRA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187247/19

Número do Sinistro: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do acidente: 22/11/2017

CPF: 154.698.698-73

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEREIRA DA COSTA

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Outros

#### **JOELMA AMORIM DA COSTA : 007.808.993-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### **ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA : 062.789.873-41**

Autorização de pagamento  
Documentos de identificação

#### **MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA : 047.492.963-92**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### **MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA : 007.810.913-22**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### **MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA : 730.031.233-00**

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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019  
Nome: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA  
CPF: 730.031.233-00

---

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019  
Nome: ALAN SILVA DE OLIVEIRA  
CPF: 152.775.167-86

---

ALAN SILVA DE OLIVEIRA