
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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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.

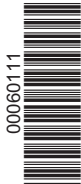
Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



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



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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



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



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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



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



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



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

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



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 e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

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

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

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

No. DO SINISTRO

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

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

CPF 73003123300 /CNPJ 000000000000000000 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 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 14.098-8

☒ **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 DESCRITAS, 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 PARNABA-PI

DATA 04/05/2018

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Maria Edileuza Amorim da Costa

SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
 20/07/2018 - Autoatendimento - 12:05:02
 17770000 00296

EXTRATO DE PROPRIEDADE PARA MÓVENS CONFUTINHA
 EXTRATO DE PROPRIEDADE CORDONATEX

AGÊNCIA: 1777 9
 CÉDULA: 14.008 8
 RASFACAO: 51
 CÉDULA: MARIA LUIZENA A OLIVEIRA

DATA DE DESPACHO: 20/07/2018
 VALOR: 296,39 C
 Saldo ant: 296,39 C
 Levantado/2018: 296,39 C
 Saldo: 0,00 C
 20/07/2018 SAA GLOBAL

DISPONÍVEL: 46,39 C
 VAL. BLOQUEIO: 0,00 C
 SALDO TOTAL: 46,39 C

SOM DA POR DATA BANC

46,39 C

MENSAGENS DIVERBAS

Valor igual/menor que 8,52 A.A.: TR+0,52 DA SELIC
 Valor maior que 8,52 A.A.: TR+0,52 A.M.
 Leia no verso ~~conservar~~ este documento,
 entre outras informações.

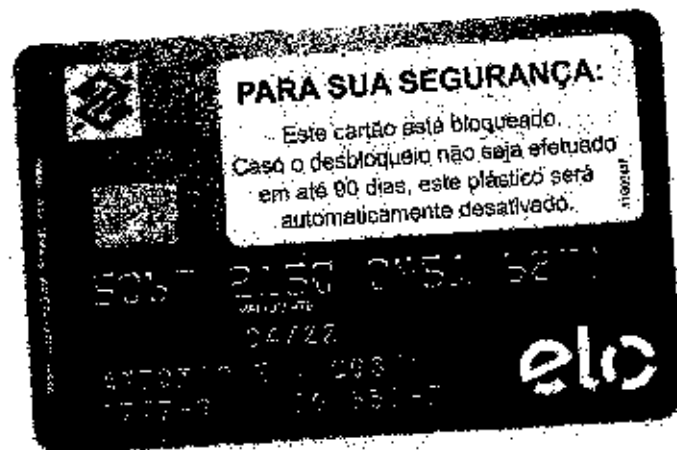
CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE SALDO

7/04/71	DE 35 15
CONV 180	C 0597473
OPERADOR	00053 47

AGENCIA 4398 - COCAI
CONTA 013 00013604-6
MARIA L AMORIM DA COSTA

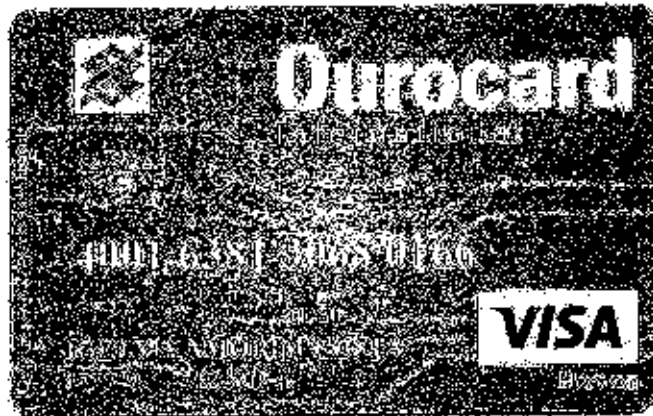
SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA



SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
51-01/2012 - Autoatendimento - P.O. 11
17772631 (092)

AGENCIA HUMANA PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1777-9
CONTA: 16251-3
ALIBRADO: SYDNEY C. ANDREI - 1071
PARA AGNO: 51 - P. 10/2012



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

CONTO CORRENTE 123-4567
CARTÃO DE CREDITO 1234 567 8901

DATA DE EMISSÃO 04/04/2016

VALOR DE 50.000,00

ITEM 000100

COMPROVANTE DE CADA
CÓPIA

VALOR: 50.000,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE PAGAMENTO

04/04/2016 12:34:56

04/04/2016 12:34:56

IN VIA

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 MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA		CPF titular da conta 730.031.233-00	Profissão ADVOCADA
Endereço POVODADO GAMELEIRA		Número	Complemento
Bairro GAMELEIRA	Cidade COCAL	Estado PI	CEP
Email		Telefone (DDD) (86) 9.9976.53.77	

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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome BANCO do BRASIL NRO	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
CONTA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1777	9	14.098-	8
(Informar dígito se existir)		(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

RECEBIDO
17 JUN 2019
Seguradora Líder DPVAT

Maria Edileuza 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: MARIA JOVANA AMORIM da COSTA CPF titular da conta: 007.810.913-22 Profissão: LAVADORA
Endereço: SÍTIO DOS PEREIRAS Número: S/N Complemento:
Bairro: SÍTIO DOS PEREIRAS Cidade: COCAL Estado: PI CEP: 64.235-000
Email: Telefone (DDD): (86) 9.9976.53-77

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº:

DIV

CONTA

Nº:

DIV

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Nome

Nº:

AGÊNCIA

Nº:

DIV

CONTA

Nº:

DIV

(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 MARIA ELIZEUDA AMORIM		CPF titular da conta 047.492.963-42	Profissão LAVADORA
Endereço POUDADO GAMELEIRA - ZONA RURAL		Número 5/N	Complemento
Bairro GAMELEIRA	Cidade COCAL	Estado PI	CEP 64235-000
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"/> 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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome BRADESCO NRO	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. 4366 (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 00013604 (Informar dígito se existir)	D/V 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.

PARNAÍBA, **012** 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		002-789.873-41	LAVADOR.
ROUADO GAMELEIRA / ZONA RURAL		Número	Complemento
Bairro	Cidade	5/N	
GAMELEIRA	COCAL	Estado	CEP
		PI	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"/> 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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (003) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO Banco do Brasil	
AGÊNCIA NRD	CONTA NRD	AGÊNCIA NRD	CONTA NRD
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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

Antonio 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 JOELMA AMORIM DA COSTA	CPF titular da conta 007.808.993-00	Profissão LAVADORA
Endereço POVADO CAMPESTRE O D. BAIXO	Número	Complemento
Bairro CAMPESTRE	Cidade COCAL	Estado PI
CEP 64.235-000		Telefone (DDD) (86) 9.9976.5377
Email		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

- ☐ **CONTA POUANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRQ	DV	CONTA NRQ	DV
<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	NRQ
BANCO DO BRASIL	<input type="text"/>
AGÊNCIA NRQ	CONTA NRQ
1777	13-812
DV 9	DV 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.

PARNAIBA 12 de **JUNHO** de **2019**

Local e Data

Joelma Amorim da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SSP/PI - SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ
DELEGACIA GERAL
GPI - GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
1º DRPC - DELEGACIA REGIONAL DE PARNÁIBA
DELEGACIA DE COCAL
Rua Reinaldo Marques, s/nº, Bairro Centro, Cocal-PI
CEP 64235-000 / 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 Direeu Arcoverde; Que ao chegar no Hospital a vítima fora 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.


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

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



SSP/PI - SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ
DELEGACIA GERAL
GPI - GERÊNCIA DE POLÍCIA DO INTERIOR
1º DRPC - DELEGACIA REGIONAL DE PARNAIBA
DELEGACIA DE COCAL

Rua Reinaldo Marques, s/nº, Bairro Centro, Cocal-PI
CEP 64235-000 / cocal.dp@pc.pi.gov.br / (86) 98102-3531



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

WALTER GILBERTO KRÜG BRUNE BORGES
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL - MATRÍCULA 286616-1
walter.brune@pc.pi.gov.br

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.

POLÍCIA

ESTADO DO PIAUÍ



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, 80 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
VIÇOSA DO CEARÁ-CE	RG: 2007643958-0 SSP-CE CPF nº 15489060673.	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

VINTE E OITO DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 18:45

DIA MÊS ANO

28 01 2018

LOCAL DE FALECIMENTO

NO HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE, PARNABA-PI

CAUSA DA MORTE

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, INFECÇÃO RESPIRATÓRIA, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

CEMITÉRIO DO POVOADO GAMELEIRA - COCAL-PI

DECLARANTE

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

CHARLES PITTER ANDRADE SANTOS - 2484 PI

OBSERVAÇÕES/RELAÇÕES

TESTAMENTO: NÃO. BENS A INVENTARIAR: NÃO. DEIXA FILHOS: SIM. JOELMA, MARIA JOVANA, MARIA ELZEUDA, ANTONIO EUDES.
CÔNJUGE: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA. *NADA HÁ A RESSALVAR *

NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICINHA: MARIA AUXILIADORA FURTADO BALUZ

MUNICÍPIO: PARNABA-PI

ENDEREÇO: RUA HUMBERTO DE CAMPOS Nº 925 CENTRO-NORTE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: PARNABA, PI, 05 de Fevereiro de 2018.

Luiza Alves Machado

LUZIA ALVES MACHADO
Escrevente Autorizada



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Pernambuco
COMARCA DE Recife
MUNICÍPIO DE Recife
DISTRITO DE Recife

Maria de Lourdes Machado Neto
Oficial Edite do Registro Civil

Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 386 do Livro A 48 sob N.º de Ordem 10.657 foi lavrado o assento do nascimento de Maria Jovina Amorim da Costa, sendo 1º deste primeiro e 2º na ordem da filiação do sexo feminino sem malícia, nascida no dia 04 de junho de mil novecentos e oitenta e seis (4.06.1986)

às 2:00 horas e — minutos, em Recife Pernambuco

filha de Levi Pereira da Costa, casado,

e de Dona Maria Ediluzia Amorim da Costa, primeira, casada

Sendo avós paternos Antonio das Neves Costa

e Dona Francisca Formoso do Nascimento

e avós maternos Sebastião Neves Costa

e Dona —

O assento foi lavrado em 19 de junho de 1987 tendo sido declarante

a mãe da registranda

e serviram de testemunhas Amorim da Silva Manoel e Bônica Maria de Menezes

e Silva, pessoas idôneas e residentes nesta cidade

Observações: Registranda nesta data de acordo com a lei em vigor

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—

—



PRIMA - SÃO PAULO
Tabelião JOSÉ CYRILLO
SÃO DE PARANAPIACABA, 61
JUNTO A PRAÇA DA SE

Recife 19 de junho de 1987

Francisca Maria de Albuquerque Silva

Oficial

Francisca Maria de Albuquerque Silva
Escrevente

REPÚBLICA

DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

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

MARIA DE LOURDES MACHADO NOLÊTO

Oficial EFFETIVA do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 262 vº do livro A 58 sob nº de
 Ordem 22.217 foi lavrado o assento do nascimento de MARIA ELIZEUDA AMO-
RIM DA COSTA. X X X
 do sexo feminino, morena, nascid^a no dia trinta de maio de mil
novecentos e noventa e um (30.05.1991). X
X X X às 17:00 horas em Viçosa do Ceará-Ceará no Hos-
 pital Maternidade Municipal. X X
 a de José Pereira 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 Nascimento. 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 da registranda. X X X
 e serviram de testemunhas as constantes do termo. X X
 Observações: Registrada 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 X X
X X X X

O referido é verdade e dou fé.

Cocal (PI), 15 de dezembro de 1999

Serventia Oficializada

Maurício Machado de Oliveira Meneses

7/OFICIAL

Maurício Machado de Oliveira Meneses

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

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

MARIA DE LOURDES MACHADO NOLÊTO

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 AMO-
RIM 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 Gemeleira deste município. X
X X X X X
filho de José Pereira 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 Nascimento. 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 X X
X X X X
X X X X

O referido é verdade e dou fé.

Cocal (Fi), 15 de dezembro de 1999

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

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

Maria de Lourdes Machado Neto

Oficial Edina do Registro Civil

Certidão de Nascimento

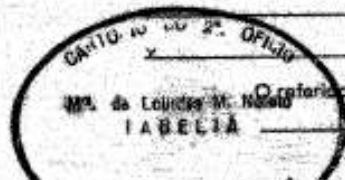
CERTIFICO que, às fls. 386 do Livro A 48, sob N.º de Ordem 10.656 foi lavrado o assento do nascimento de Joana Amorim da Costa, sendo 1º deste prenome e 1ª na ordem de filiação do sexo feminino, com materna, nascida no dia 16 de abril de mil novecentos e oitenta e quatro (16.04.1984) às 20 horas e — minutos, em Gamellina desta

filha de José Pereira da Costa, natural de Barra, casado e de Dona Maria Edilene Amorim da Costa, praxeira, casada Sendo avós paternos Antônio dos Reis Costa e Dona Francisca Barbalho do Nascimento e avós maternos Sebastião Neves Costa e Dona x

O assento foi lavrado em 19 de junho de 1987 tendo sido declarante a mãe da registranda

e serviram de testemunhas Comasina da Silva Menção e Bárcia Maria de Meneses e Silva, pessoas idôneas e residentes nesta cidade

Observações: Registranda nesta data de acordo com a lei em vigor



O certidão é verdadeira e dou fé.

JOSE CYRIL

Barra 19 de junho de 1987



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
JOSÉ PEREIRA DA COSTA

MATRÍCULA
140824 01 55 2018 4 00144 021 0028291 - 11

(LIVRO C: 144 TERMO: 28291 FOLHA: 21)

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	BRANCA	CASADO, 80 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
VIÇOSA DO CEARÁ-CE	RG: 2007843958-0 SSP-CE CPF nº 15469069073.	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

VINTE E OITO DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOTO ÀS 18:45

DIA MÊS ANO
28 01 2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Nº HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE, PARNABA-PI

CAUSA DA MORTE

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, INFECÇÃO RESPIRATÓRIA, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

CEMITÉRIO DO POVOADO GAMELEIRA - COCAL-PI

DECLARANTE

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

CHARLES PITTE ANDRADE SANTOS - 2484 PI

OBSERVAÇÕES/VERSÕES

TESTAMENTO: NÃO. BENS A INVENTARIAR: NÃO. DEIXA FILHOS: SIM. JOELMA, MARIA JOVANA, MARIA ELIZEUDA, ANTONIO EUDES.
CÔNJUGE: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA. *NADA HÁ A RESSALVAR*

NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

ORIGINAL: MARIA AUXILIADORA FURTADO BALUZ

MUNICÍPIO: PARNABA-PI

ENDEREÇO: RUA HUMBERTO DE CAMPOS Nº 826 CENTRO/CORTE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: PARNABA, PI, 08 de Fevereiro de 2018.

Luíza Alves Machado

Assinatura do Oficial

LUÍZA ALVES MACHADO
Escritor Autorizada



Eletrobras
Distribuição Paulista

Para consulta com o
Eletrobras, informe
nos ELMERS

0567808-0

CONDOMÍNIO FREGETTES DO PAUL
R. Morrell, 100 - Cant. 05011-100 - São Paulo - SP
CNPJ: 06.903.490/0001-50 | Inscrição Estadual: 12.069.500-4
Razão Social: Condomínio Fregettes do Paul
Razão Social: Condomínio Fregettes do Paul
Inscrição Estadual: 12.069.500-4

CPF de Emissão: 003404951

Atividade: 16.138.00-0 - Serviços de manutenção

MARÇO/2018 27/03/2018 47 14,99

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
PV GANELEIRA 0 B-RURAL
CPF: 00073003123300
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDA

ROT: 135.705.13.06.004502

Atual:	11617	Atual:	20/03/2018
Anterior:	11570	Anterior:	19/02/2018
Consumo de Multicategoria:	1,000	Exatidão:	19/04/2018
Consumo Multicategoria:	47	Exatidão:	16/03/2018
Consumo Faturado:	47	Exatidão:	20/03/2018
FCAM			

NORMAL 29

Nome Subscritor	Endereço	Nome Subscritor	Endereço	Endereço	Endereço
RESID. BA RENDA	NONO	AS04462	1.4.1.1	62.	

Mês	Valor	Mês	Valor	Mês	Valor
FEV/18	5	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			15,53
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:
0 A 3 - 0,199517
31 A 47 - 0,342040

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
12/2014 19,62

Informamos que os débitos relativos ao valor de R\$ 19,62, inscritos em nome do Sr. MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA, deverão ser pagos até o dia 15/03/2018, sob pena de suspensão do fornecimento de energia elétrica. Para maiores informações, consulte o site www.eletrobras.com.br ou ligue 0800 086 0800.

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25

RESUMO DO PAGO: AS7E.4134.ACCE.A9AA.9EB1.E7FF.3521.A751

Dest. Água	14,13	Des. de Limpeza	
Energia	2,22	Atividade RCM	
Transmissão	2,25	Valor do PIS	0,22
Outros	1,27	Valor do PIS	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

01/2018 0:40

Eletrobras
Distribuição Paulista

Para consulta com o
Eletrobras, informe
nos ELETRO

0567808-0

CONDOMÍNIO FREGETTES DO PAUL
R. Manoel de Paiva - Cont. 0501-152200-00
Cidade: 0501-152200-00 - Estado: SP - CEP: 0501-152200-00
R. Manoel de Paiva - Cont. 0501-152200-00
Cidade: 0501-152200-00 - Estado: SP - CEP: 0501-152200-00

003404951

Ata Social de Assembleia Geral - 15/04/2018

MARCO/2018 27/03/2018 47 14,09

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
PV GANELEIRA 0 B-RURAL
CPF: 00073003123300
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDA

ROT: 135.705.13.06.004500

Atual:	11617	Atual:	20/03/2018
Anterior:	11570	Anterior:	19/02/2018
Consumo de Multicategoria:	1,000	Anterior:	19/04/2018
Consumo de Multicategoria:	47	Anterior:	16/03/2018
Consumo de Multicategoria:	47	Anterior:	20/03/2018

NORMAL

29

Nome Subscritor	Quantidade	Nome Subscritor	Porte	Código RCT	Índice 12 meses
RESID. BA RENDA	NONO	AS04402		1.4.1.1	62.

Mês/Ano	Consumo	Valor	Valor
FEV/18	5	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	15,53
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:
0 A 3 - 0,199517
31 A 47 - 0,342040

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
12/2014 19,62

Informações sobre os débitos: consideramos no valor de R\$ 19,62 o valor devido em 12/2014. Caso haja alteração, favor entrar em contato com a Central de Atendimento ao Cliente (0800 086 0800) para mais informações.

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25

RESUMO DO PAGO: AS7E.4134.ACCE.A9AA.9EB1.E7FF.3521.A751

Dest. Água	14,13	Des. de Limpeza	
Energia	2,22	Atividade RCT	
Transmissão	2,25	Valor do PIS	0,22
Outros	1,27	Valor do PIS	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

Eletrobras
Distribuição Paulista

Para consulta com o
Eletrobras, informe
nos ELETRO

0567808-0

CONDOMÍNIO FREI BETINHO DO PAUL
R. Manoel de Paiva - Cont. 0501 - Jd. Santa Fé
0501-0003-0001-0010 - Fone: 0501-0001-0001
R. Manoel de Paiva - Cont. 0501 - Jd. Santa Fé
0501-0003-0001-0010 - Fone: 0501-0001-0001
Eletrobras Distribuição Paulista - 0501-0001-0001

0567808-0

0567808-0

MARÇO/2018 27/03/2018 47 14,99

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
PV GANELEIRA 0 B-RURAL
CPF: 00073003123300
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDA

ROT: 135.705.13.06.004502

Atual:	11617	Atual:	20/03/2018
Anterior:	11570	Anterior:	19/02/2018
Consumo de Multicategoria:	1,000	Anterior Multicategoria:	19/04/2018
Consumo Multicategoria:	47	Anterior:	16/03/2018
Consumo Faturado:	47	Anterior Multicategoria:	20/03/2018

NORMAL

29

Nome Subscrit	Quantidade	Nome Subscrit	Porte	Grupos Rm	Indicador
RESID. BA RENDA	NONO	AS04402		1.4.1.1	62.

Mês/Ano	Consumo	Valor	Valor
FEV/18	5	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	15,53
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:
0 A 3 - 0,199517
31 A 47 - 0,342040

DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
12/2014 19,62

Informamos que os débitos reavisados no valor de R\$ 19,62 correspondem aos débitos reavisados em 12/2014. Caso queira cancelar os débitos reavisados, procure o setor de atendimento de Clientes da Distribuição Paulista ou o setor de cobrança.

COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIQUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25

RESUMO DO PAGO: AS7E.4134.ACCE.A9AA.9EB1.E7FF:3521.A751

Dest. Água	14,13	Des. de Limpeza	
Energia	2,22	Atividade RCM	
Transmissão	2,25	Valor do PIS	0,22
Outros	1,27	Valor do PIS	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

COMPANHIA SANEAMENTO DO RIO DE JANEIRO

CEPSA

COMPANHIA SANEAMENTO DO RIO DE JANEIRO
Av. Maracanã 750 - Centro - RJ - 20090-000
CEP: 20090-000 - RJ - 20090-000
CNPJ: 07.012.129/0001-91 - Emissão: 19.06.1999
CNPJ: 07.012.129/0001-91 - Emissão: 19.06.1999
Registro: 19.06.1999 - 19.06.1999

Para contato
chamar 0800-080000
ou 021-2567-0000

CEPSA

021-2567-0000

Nº da Nota Fiscal: 021983977

Atividade: 021-2567-0000

CONTAS: 27-05-2019 57 33,51

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
PV GAFLEIRA 0 B-RURAL
CPF: 00073003123300
CEP: 64.255-000 - COCAL

ROT: 157.305.35.80.069000

DADOS DA LEITURA: kwh 12431
Ativa: 12374
Anterior: 1,000
Consumo de Multiplicação: 57
Consumo MEF: 57
Consumo FCM: 57
Forma de Pagamento: NORMAL
Código de Ingresso: 52

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Origem: Renda: MONO
Número: A504462
Código: 1-4-1-1
Módulo: 38

HISTÓRICO KWH
Mês/Ano Valor R\$
ABR/19 61 3,68
MAR/19 62 13,40
FEV/19 73 3,48
JAN/19 55 25,08
DEZ/18 48 18,04
NOV/18 56 0,16
OUT/18 64 0,62
SET/18 64 0,13
AGO/18 53
JUL/18 50

JAN/19 61 3,68
FEB/19 62 13,40
MAR/19 73 3,48
ABR/19 55 25,08
MAY/19 48 18,04
JUN/19 56 0,16
JUL/19 64 0,62
AGO/19 64 0,13
SET/19 53
OCT/19 50

NOTIFICAÇÃO DE REVISÃO DE VENCIMENTO (LITENS-ACH)

DEBITOS JA REVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
12/2014 19,62

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 0800 080 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVAÇÃO AO FISCO: B9D4.C820.3A83.14EA.B286.A37F.99DC.93B7

COMPOSIÇÃO DA CONTA: R\$
Distribuição: 9,92
Energia: 19,16
Transmissão: 3,24
Encargos: 1,58
Tributos: 13,26

IMPOSTOS E TRIBUTAÇÕES: R\$
Imposto de Renda: 47,16
Alíquota ICMS: 22,00%
Valor de ICMS: 10,37
Valor de PIS: 1,40%
Valor de COFINS: 6,49%
Valor de COFINS: 2,38

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Condição: TABULEIRO

03/2019 9,70



COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
R. Maranhão 730 - Centro/SB - Recife - PE
CEP: 50000-000
CNPJ: 06.450.741/0001-00
CNPJ: 06.450.741/0001-00
CNPJ: 06.450.741/0001-00

Para contato
consulte o número
de telefone



Nº da Nota Fiscal 021983977

A 2007 Incidência de Imposto de Renda sobre a energia elétrica é de 12% (doze por cento) sobre o valor da energia consumida.

CONSUMO (KWH) 57 TOTAL A PAGAR (R\$) 33,51

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
PV CANELEIRA 0 B-RURAL
CPF: 00073003123300
CEP: 64.235-000 - COCAL

ROT: 157.305.35.80.069000

DADOS DA LEITURA
Atual: 12431
Anterior: 12374
Constante de Multipl. Regio: 1,000
Consumo Medido: 57
Consumo Fictício: 57 FCAN
Forma de Faturamento: NORMAL
Código de Regulação: 32

DADOS DA ÚNICA CONSUMIDORA
Emissão Substituição: MONO
Número de Unidade: A504462
Código de Regulação: 1.4.1.1
Módulo de Medição: 58

HISTÓRICO KWH
Mês/Ano Valor R\$
ABR/19 61
MAR/19 82
FEV/19 73
JAN/19 55
DEZ/18 48
NOV/18 56
OUT/18 64
SET/18 64
AGO/18 53
JUL/18 50

CONSUMO
30 A R\$ 0,239605 = 8,68
27 A R\$ 0,496463 = 13,40
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 3,48
DIFERENÇA DE TARIFA 25,08
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA 18,04
CORREÇÃO MONETÁRIA IG 04/19-00 0,16
MULTA POR ATRASO 04/19-00 0,62
JUROS POR ATRASO 04/19-00 0,13
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,15

TARIFA DE TRIBUTOS:
0 A 30 - 0,288847
31 A 57 - 0,356658

NOTA FISCAL DE PREVISÃO DE VENCIMENTO POR MENSAGEM
DEBITOS JA REAVISADOS
Mes/Ano Valor R\$
12/2014 19,62

Informamos existir(em) debito(s) vencido(s) no valor de R\$ 19,62 (som o valor em letras) até esta data. Caso o(s) debito(s) já tenha(m) sido pago(s), por favor, enviar uma cópia de comprovante da Distribuição de Energia Elétrica (DEE) para o endereço de atendimento da Distribuição de Energia Elétrica (DEE) do consumidor.

Declaramos quitados todos os débitos desta UC no ano de 2014 (Lei 12007/09)
LIQUE 0800 046 0300 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO B9D4.C820 3A83.14EA.B286.A37F.99DC.9387

COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$

Descrição	Valor R\$
Distribuição	9,92
Energia	19,16
Transmissão	3,24
Encargos	1,58
Tributos	13,26

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$

Descrição	Valor R\$
Imposto de Renda	47,16
Imposto de Renda	22,00
Imposto de Renda	10,37
Imposto de Renda	0,51
Imposto de Renda	2,38

INDICAÇÃO DE CONTABILIDADE

Descrição	Valor R\$
Debito	7,66
Crédito	15,33
Debito	3,86
Crédito	7,73
Debito	15,45
Crédito	4,31
Debito	0,00
Crédito	0,00

Composto TABULEIRO 03/2019 9,78

DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

MARIA EDILEUZA 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. CAMILEIRA 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 Edileuza 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. MARIANE DILEUZA 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.

PARNAIBA, PI 07/05/2018
LOCAL E DATA

x _____
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

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

2	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 JOSE PEREIRA DA 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 EDEUS 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.

PARNAIBA - PI 07/05/2018
LOCAL E DATA

Joelma Amorim da Costa
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNAIBA - PI 07/05/2018
LOCAL E DATA

Maria Jovana Amorim da Costa
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNAIBA - PI 07/05/2018
LOCAL E DATA

Maria Elizeuda Amorim da Costa
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNAIBA - PI 07/05/2018
LOCAL E DATA

Antonio Edeus 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
1. <u>Maria Edileusa Amorim</u>	<u>1.234.707</u>	<u>730.031.233-00</u>	<u>Maria Edileusa Amorim</u>
2. <u>da Costa</u>			<u>da Costa</u>

DADOS DE TESTEMUNHAS

2	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.	<u>Maria de Jesus Chaves da Costa</u>	<u>256.844</u>	<u>473.814.343-53</u>	<u>Maria de Jesus Chaves da Costa</u>
2.	<u>João Francisco de Brito</u>	<u>3545864</u>	<u>041.742.85566</u>	<u>João Francisco de Brito</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).

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007643958 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/08/2010

NOME
JOSE PEREIRA DA COSTA

FILIAÇÃO
ANTONIO DAS NEVES COSTA
FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO

NATURALIDADE
VIÇOSA DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO
14/10/1957

DOC. ORIGEM
CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 794 FOLHA: 55 LIVRO: B-15
COCAL - PI

CPF RG: AMT: 168268-81 P.: 14

1 VIA ASSINATURA DO EMISSOR
LEI Nº 7.118 DE 19/06/03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FOMINA E PERÍCIA FORTIFICADAS

POLEGAR DIREITO

JOSE PEREIRA DA COSTA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

JOSE PEREIRA DA COSTA

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
JOSE PEREIRA DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO 14/10/1957 Nº INSCRIÇÃO 0154 8435 1520 DV 053 ZONA 0041 SEÇÃO 0041

MUNICÍPIO / UF
COCAL/PI DATA DE EMISSÃO 03/05/2017

JUIZ ELEITORAL
PRESIDENTE DO TRE-PI

CÓDIGO DE CONTROLE
FFE4.D055.245B.D8F9

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 09:24:04 do dia 07/02/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
154.698.698-73

Nome
JOSE PEREIRA DA COSTA

Nascimento
14/10/1957

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 1.234.707 DATA DE EMISSÃO 02/03/17

NOME MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

NÚMERO SEBASTIANA NEVES COSTA

LOCALIDADE COCAL-PI DATA DE NASCIMENTO 01/01/1963

CPF CERT. CASAM. 794 L 15 F 35

EXP COCAL-PI 19/05/10

230.031.233-00

LEI Nº 7.119 DE 28/06/83 - DECRETO Nº 82.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

1071848

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

COLOCAR DIREITO

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

ASSINATURA DO TITULAR

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

CIDADE DE NASCIMENTO

01/01/1963

CPF

0395 7831 0728

RG

053

DATA

19/05/2017

LOCALIDADE

COCAL-PI

PRESIDENTE DO TREU

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, emitido em virtude da inscrição, sendo que a mesma é obrigatória para todos os brasileiros.

Nome

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

CPF

0395 7831 0728

RG

053

DATA

19/05/2017

LOCALIDADE

COCAL-PI

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emissão em: 02/11/94

INSTITUTO DA FAZENDA

SECRETARIA DE FINANÇAS

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

Nº de Inscrição

730031333-00

Data de Nascimento

01/01/63

1071848

UNIAO SUCCESOR DO TERRITORIO NACIONAL

0003078000120

03/1/2003

MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA

PAIS: BRASIL

ESTADO: PI

CIDADE: TERESINA

CEP: 64000-000

CPF: 0003078000120

DATA DE NASCIMENTO: 4/8/1986

SEXO: F

COLOCAR EM UM LOCAL SECURO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

0003078000120

03/1/2003

MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 4/8/1986

SEXO: F

COLOCAR EM UM LOCAL SECURO

Cartão de uso pessoal e intransferível.

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

0003078000120

03/1/2003

MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 4/8/1986

SEXO: F

COLOCAR EM UM LOCAL SECURO

BANCO DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria de Receita Federal

CPF

0003078000120

03/1/2003

MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 4/8/1986

SEXO: F

COLOCAR EM UM LOCAL SECURO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.577.010 DATA DE EMISSÃO 10/04/17

USAR JOELMA AMORIM DA COSTA

PAI/MÃE MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA JOSE PEREIRA DA COSTA

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO COCAL-PI 16/04/1984

DIG. ORDEM CERT. NASC. 10615 L A48 F 186

CPF EXP. COCAL-PI 19/01/87

007.308.993-04 Francisco das Chagas Pinheiro Martins

1071870

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.240/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Joelma Amorim da Costa

1071870

SIGNATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.234.707 Data de Expedição: 02/05/17

NOME MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

PRIMEIRO NOME SEBASTIANA NEVES COSTA

NATURALIDADE COCAL-PI DATA DE NASCIMENTO 01/01/1963

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 794 L. 15 F. 58

EXP. COCAL-PI 29/05/19

CPF 730.931.233

4071948

LEI Nº 7.116 DE 20/06/81 - DECRETO Nº 10.201/83



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válido e exigível em todos os locais onde houver presença de inscrição válida.

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Entido em: 02/11/94

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE REGISTRAÇÃO "JOÃO DE DEUS MAGALHÃES"

4071948

ACERTAMENTO DO TITULAR

CARTÃO DE IDENTIDADE

Maria Edileuza Amorim da Costa

01/01/1963

VISA

8-8461416-2221

MARIA E A COSTA

51101

0110 2223 8472 0118

1000 6223 8472 1007

PRONEX

Agricultura Familiar

Programa Nacional de Inclusão de Rurais

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NOME MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

Nº de Inscrição 7300931233-00

01/01/83



VALIDAR TODOS DADOS NACIONAIS

3.230.211 DATA DE EMISSÃO 27/08/08

MARIA ELIZEIDA AMORIM DA COSTA

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
JOSE PEREIRA DA COSTA

VIXOSA-CE

DATA DE NASCIMENTO 30/05/1991

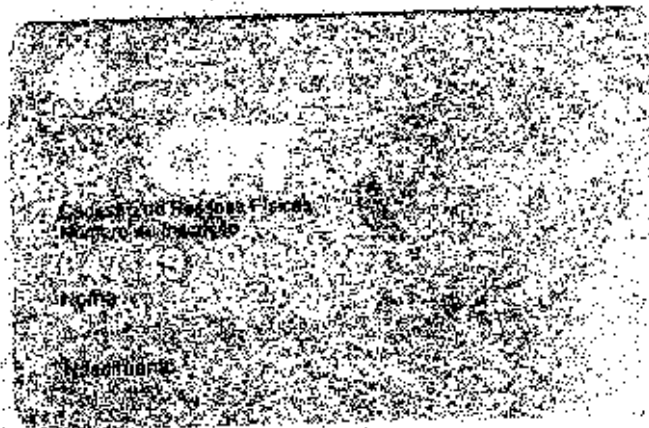
CEP 00000000

CEP 00000000

EXP COCAL-PI 15/12/99

047.492.963-9

LEI Nº 7.116 DE 2004 - DECRETO Nº 6.250/2004



DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: MARIA ELIZEIDA AMORIM DA COSTA

CPF: 3.230.211

DATA DE NASCIMENTO: 27/08/08

ENDEREÇO: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
JOSE PEREIRA DA COSTA
VIXOSA-CE

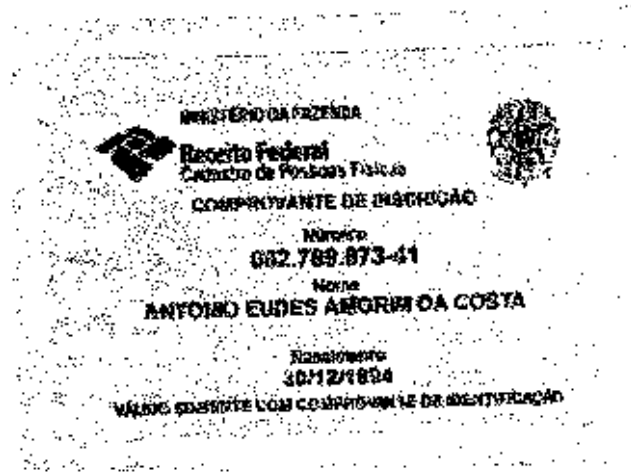
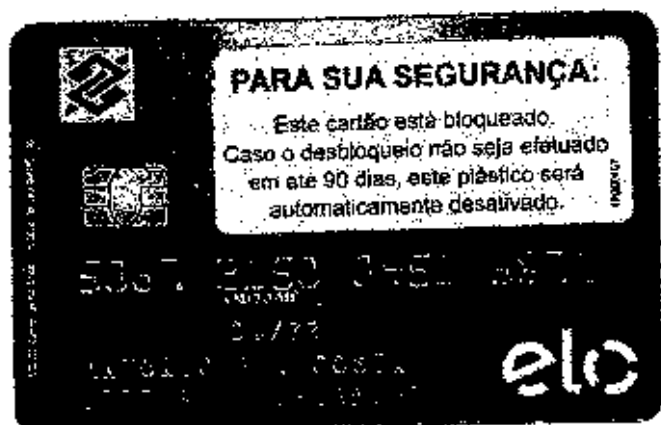
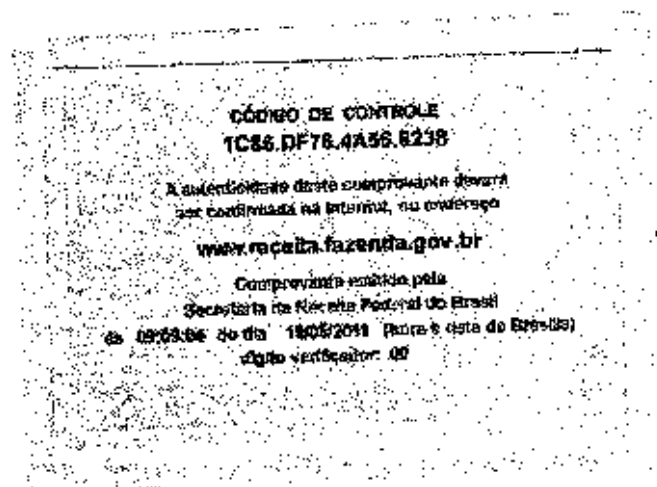
DATA DE EMISSÃO: 30/05/1991

CEP: 00000000

EXP: COCAL-PI 15/12/99

047.492.963-9

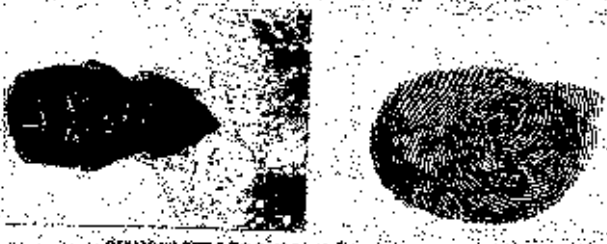




1777-9

16-852-3

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.587.801
DATA DE EXPEDIÇÃO	10/04/17
NOME	ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA
FILHA(S)	MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA JOSÉ PEREIRA DA COSTA
NACIONALIDADE	COCAL-PI
DATA DE NASCIMENTO	30/12/1994
CCC ORDEM	CERT. NASC. 22218 L A58 F 262V
EXP. COCAL-PI	15/12/99
OFF	082.789.873-03
1071874	Francisco das Chagas Pinheiro Martins PATER FARMACIA Policial Class
LEI Nº 7.116 DE 29/07/03 - DECRETO Nº 69.290/03	

CARTELA DE IDENTIDADE	
ASSINATURA DO TITULAR	
1071874	
Antonio Eudes Amorim da Costa	
	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ	
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS	
REPÚBLICA REPÚBLICA DO BRASIL	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.577.010 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/04/17

NOME JOELMA AMORIM DA COSTA

FILIAÇÃO MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
JOSÉ PEREIRA DA COSTA

NATURALIDADE COCAL-PI DATA DE NASCIMENTO 16/04/1964

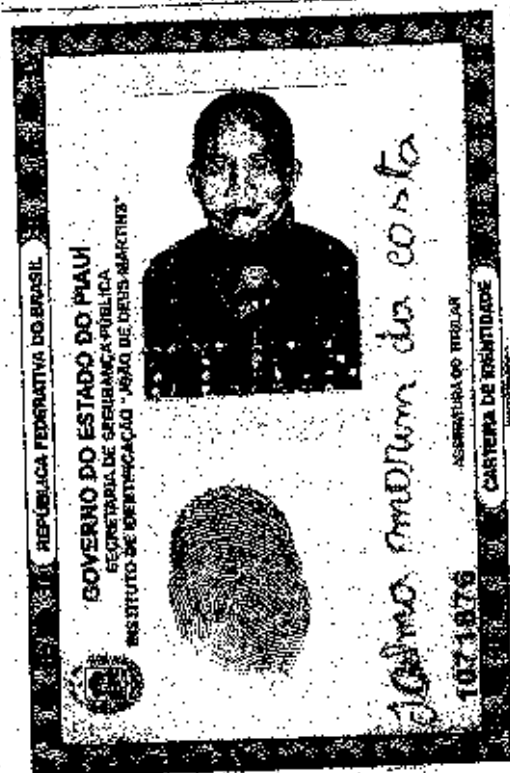
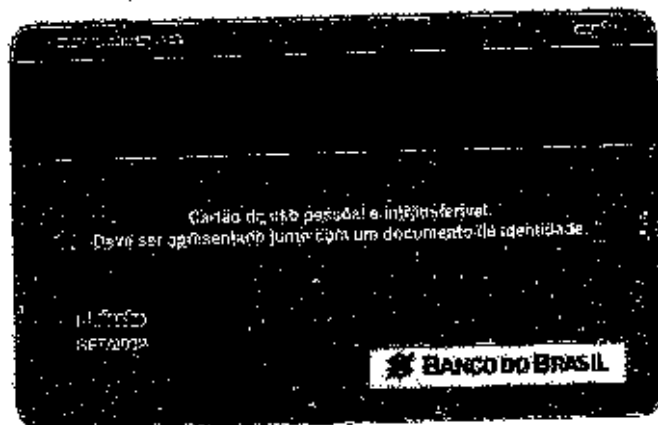
DOC. ORIGIN CERT. NASC. 10656 1 A48 E 886

CPF EXP COCAL-PI 19/01/87



007.808.993-00

1071876

LEI Nº 7.116 DE 26/08/83 - DECRETO Nº 89.290/83



Mensagem

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

18

RM

CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO

25ª CSM

Nº 586505

SÉRIE O



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

Identificação: N.º de Registro 1. 129
Altura 1m 58 Cútiis branca Olhos cast cl
Cabelos cas esc ond Tipo sanguíneo
Sinais particulares não os tem

Polegar direito



Jose Pereira da Costa
(Assinatura do dispensado)

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

OUTROS DADOS:

Profissão: ArmadadorResidência: Bairro - F. 1

Situação especial (*)

Em caso de convocação deve apresentar-se imediatamente.

Fortaleza-CE 01 Jul 80

(local e data)

(Assinatura do Comandante ou Chefe)

EDGARD GONÇALVES
TEN. CEL. CH. 3ª SEÇÃO

--	--	--	--	--

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

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ PEREIRA DA COSTALoc. Nasç. BURITI VICOSA DO CEARÁEst. CEARÁ Data 14 / 10 / 57Filiação ANTONIO NEVES DA COSTAE FRANCISCA CARVALHO DO
NASCIMENTOEst. Civil SOLTEIRO Doc. N° 1.129Fls. 113 Liv. 320 Reg. Civil NASCOutro doc. CARTARIO COCAL PIAUISituação Militar: Doc. C.D.I.N° 586505 Órgão 354 CSM Est. CEARÁ

Naturalizado Dec. N° Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em/...../.....

Doc. Ident. N° Exp. em/...../.....

Estado/...../.....

Obs.

Data Emissão 07 08 80 DRT CEARÁAssinatura do Funcionário [Assinatura]

MINISTÉRIO DO TRABALHO

SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO / PREVIDÊNCIA SOCIAL



22-06-80

Polegar Direito



Série 00004-9

Número 046369

ASSINATURA DO PORTADOR

cyra pereira da Costa

Data Nasc	Data de Entrada		Data Expedição
14/10/1957	18/05/2017		18/05/2017
Natural	UF	Estado Civil	Del. / Coord.
VIÇOSA	CE	CASADO	CAMPESTRE
Cônjuge			
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: 9420100 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		
		
JOSE PEREIRA DA COSTA		
		
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 Nº 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

V. 17/06/18: JOSE PEREIRA DA COSTA

COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE PEREIRA DA COSTADATA 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 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 Invalidiz 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 de 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 recibos 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 Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).
- ☒ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☒ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
- ☒ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
- ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) _____

Quem é o portador? ☐ Vítima ☐ Beneficiário ☒ Representante Legal - CPF do portador 730.034.233-00

E-mail _____ Tel. 9547-0131

Data: 30/05/2018 Assinatura: mesine e diluza Assessoria de Costa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) AC PARNAÍBA (CORREIOS) - P1

Atendente RAIMUNDO HELOER RABELO LOPES Matrícula 8377-926-4

Data: 30/05/2018 Assinatura: Raimundo Heloer Rabelo Lopes

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE OCORRÊNCIA DO SAMU

NOME : <u>Jose Pereira da Costa</u>		DATA DO ATENDIMENTO: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
ENDEREÇO: <u>Gamileira</u>		CIDADE: <u> </u>	UF: <u> </u>
RG: <u> </u>	Data Expedição: <u> </u>	SOLICITADO EM <u>30/01/18</u>	
CPF: <u> </u>	Data de Nascimento: <u> </u>	<div>ASS. SOLICITANTE</div>	
Estado Civil: <u> </u>	Naturalidade: <u> </u>	<div>RECEBIDO EM <u> </u> / <u> </u> / <u> </u></div>	
Telefone Contato: <u> </u>		<div>ASSINATURA</div>	
ASSUNTO: <u> </u>		<div> </div>	
<div> </div>		<div> </div>	
<div> </div>		<div> </div>	
<div> </div>		<div> </div>	
<div> </div>		<div> </div>	

**FETAG-PI**

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

ECT

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

1 - Data Vencimento
30/08/2002

2 - Exercício
2002

3 - Nome do Sindicato

S T R DE COCAL

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

11 - CEP

PI**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~~1.234.707~~**CONTRIBUIÇÃO CONFEDERATIVA**

14 - Valor

R\$ 20,00

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187247/19

Número do Sinistro: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

CPF: 154.698.698-73

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/11/2017

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 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 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