

Screenshot of a web browser showing a digital court system interface (PJe) for process number 0800696-86.2020.8.18.0046.

The main window displays a document titled "13339049 - CONTESTAÇÃO (2766989 CONTESTACAO 01)" submitted by MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS on 24 Nov 2020.

The left sidebar shows a tree view of the document structure:

- JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO
 - 13339047 - CONTESTAÇÃO
 - 13339049 - CONTESTAÇÃO (2766989 CONTESTACAO 01)
 - 13339055 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (PROCESSO ADMINISTRATIVO)
 - 13339056 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (Anexo 03 subs atos procuracao compressed web)
 - 13339057 - DOCUMENTO COMPROBATÓRIO (CARTA DE PREPOSTOS)
 - 13339059 - PROCURAÇÕES OU SUBSTABELECIMENTOS

The right panel shows a preview of the document "downloadBinario.seam" page 1 of 8, featuring the logo of "JOÃO BARBOSA - ADVOGADOS ASSOCIADOS". The text on the page reads:

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

Processo n.º 08006968620208180046

System status bar at the bottom right indicates: PT 14:41 24/11/2020



Número: **0800696-86.2020.8.18.0046**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Cocal**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA (AUTOR)	CAMILA DA SILVA ROCHA (ADVOGADO) FRANCISCO JOSE ARAUJO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
13339 055	24/11/2020 14:41	<u>PROCESSO ADMINISTRATIVO</u>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01455/01456 - carta_01 - MORTE



Carta nº 14337442



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00219/00220 - carta_03 - MORTE



00060110

Carta nº 14397582



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01457/01458 - carta_01 - MORTE



Carta nº 14339055
Carta nº 14339055 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 01459/01460 - carta_01 - MORTE



Carta nº 143397853



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 4



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00222/00222 - carta_03 - MORTE



00060111

Carta nº 14397880



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 5



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00223/00224 - carta_03 - MORTE



Carta nº 14397949



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 6



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

Rio de Janeiro, 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. 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.

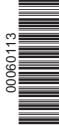
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00225/00226 - carta_03 - MORTE



00060113

Carta nº 14398023



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 8



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00227/00228 - carta_03 - MORTE



00060114

Carta nº 14398904



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 9



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

Rio de Janeiro, 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

Pág. 01463/01464 - carta_01 - MORTE



Carta nº 14339866



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 10



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00645/00646 - carta_03 - MORTE



00060323

Carta nº 14495332



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 11



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00649/00650 - carta_03 - MORTE



00060325

Carta nº 14495425



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 12



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00651/00652 - carta_03 - MORTE



00060326

Carta nº 14495495



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 13



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 000530/00654 - carta_03 - MORTE



Carta nº 14495520



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 14



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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00855/00656 - carta_03 - MORTE



00060328

Carta nº 14496103



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 15



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15283385



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

Rio de Janeiro, 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 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

Carta nº 15283598



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

Rio de Janeiro, 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 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

Carta nº 15283702



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 2011241441309880000012616087

Núm. 13339055 - Pág. 18



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

Rio de Janeiro, 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 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

Carta n° 15283988



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

Rio de Janeiro, 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 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

Carta n° 15284160



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/list/view.seam?x=2011241441309880000012616087>
Número do documento: 2011241441309880000012616087

Núm. 13339055 - Pág. 20

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


Seguradora Líder · DPVAT

No. DO SINISTRO

www.dpvatseguranca.com.br | 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 TADORA/A DO RG No.: 1.234.707 EXPEDIDO POR SSP-PI EM 02/05/17 E

CPF 173.010.312-3100 /CNPJ 11.111-111/0001-11, PROFISSÃO

TRAB. RURAL E RENDA MENSAL DE R\$ 954,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR REFERENTE Á 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 14.098-8

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 136.04-6

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 DESCRIPTAS, 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 PARNAMÁ-PI

DATA 04/05/2018

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Maria Edileuza Amorim da Costa



SEBRAE - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BÁSICO DO BRASIL
2010/2010 - - Autocalendário - - 12/2009/02
171770000

EXTRATO DE PAGAMENTO PARA NORMAIS CONFERÊNCIA

EXTRATO DE PAGAMENTO DORDOGNEIX

ADALBERTO:	17229
CIRIAS:	14.098,8
DRS FAZUL:	51
EDUARDO:	MARIA EDUARDA A COSTA

DATA: 01/03/2010	VALOR
- - - - -	
01/03 Saldo ant.	296,91,0
Levante 01/03/2010	
02/03 23 - SALV.	200,00,0
24/03 12/03/2010 CODAL	

DISPONÍVEL	46,09,1
VLR. DISPONÍVEL	0,00,0
SALDO TOTAL	46,09,1

SAÚDE POR DATA BASE

25	46,09,1
----	---------

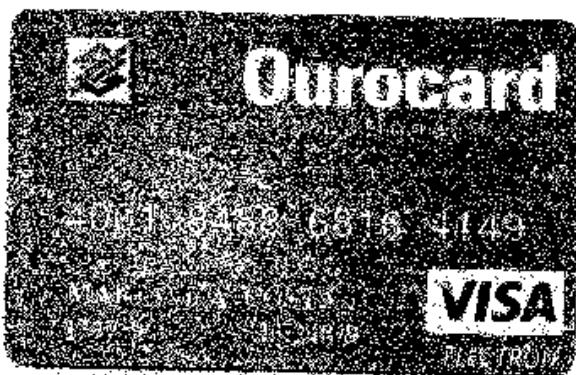
NOTA DE CORREÇÃO

o valor igual ou menor que 0,5% A.B.: TR+0,5% DA SELIC

o valor maior que 0,5% A.B.: TR+0,5% A.B.

Leia no verso sempre conservar este documento,
entre outras informações.





00281-000000000000000000
5314 4142
12/2020 0000

EDNAN SOARES COUTINHO
24/11/2020 14:41:31

Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE SALDO

7/04/2015	DE 35 19
TONI	C.0597473
OPERACAO	70059 47

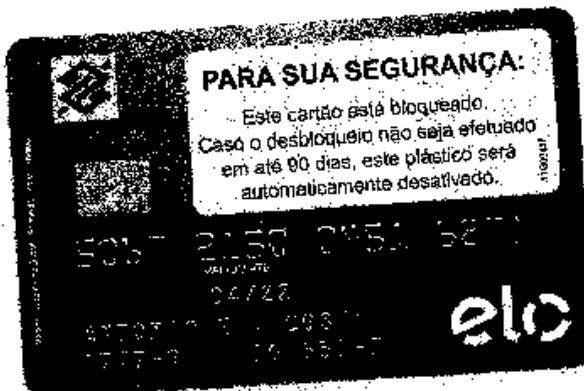
AGENCIA 4398 - QDCAJ
CONTA 013 00013604-6
MARIA L AMORIM DA QUITA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA



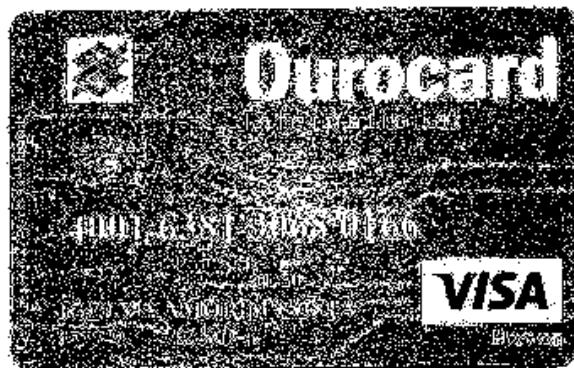
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 24



AGENCIAS: 172-9
CONGAL: 18251-3
CONGR: ANTONIO C. ANDRADE - 807-
18260-3
JAVIEROL: 51-Plataforma







AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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 EDILEUZA AMORIM DA COSTA	730.031.233.00	AVADORA	
Endereço	Número	Complemento	
POVOSADO GAMELEIRA			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
GAMELEIRA	COCAL	PI	
Email	Telefone (DDD) (86) 9.9976-5377		

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

<input type="checkbox"/> RECLUSO 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. Assinalar 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 Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
[Inserir digito se existir]		[Inserir digito se existir]	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome	Nº	AGÊNCIA Nº	D/V
Banco do Brasil			
AGÊNCIA Nº	D/V	CONTA Nº	D/V
1777	9	14.098-18	
[Inserir digito se existir]			

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

PARNAMIRIBA, 12 de JUNHO de 2019

Local e Data

RECEBIDO

17 JUN 2019

Seguradora Lider DPVAT

Maria Edileusa Amorim da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF,001 V001/2017





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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 Jovana Amorim da Costa</i>	CNPJ titular da conta <i>007.810.913-22</i>	Profissão <i>LAVADORA</i>			
Endereço <i>SITIO DOS PEREIRAS</i>	Número <i>511</i>	Complemento <i></i>			
Bairro <i>SITIO DOS PEREIRAS</i>	Cidade <i>LOCAL</i>	Estado <i>PI</i>			
Email <i></i>	CEP <i>64.235-000</i>	Telefone (DDI) <i>(86) 9.9976.53-77</i>			

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ISCM 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 checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Name _____ NRO. _____			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGENCIA NRO. _____ DV. _____ CONTA NRO. _____ DV. _____			
AGÊNCIA NRO. <i></i>	D/V <i></i>	CONTA NRO. <i></i>	D/V <i></i>	CONTA NRO. <i></i>	D/V <i></i>
(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 Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Parnaíba, 12 de Julho de 2019

Local e Data

Maria Jovana Amorim da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 28



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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 ELIZEVDA Amorim	047.482.963-42	LAVADORA
Endereço	Número	Complemento
POVADO SAMELEIRA - ZONA RURAL	21/N	
Bairro	Estado	CEP
SAMELEIRA	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 Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> 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
<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)			
AGÊNCIA N.R.	D/V	CONTA N.R.	D/V
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Informar digito se existir)			
BANCO			
Nome: <input type="text"/>			
AGÊNCIA N.R.: <input type="text"/> D/V CONTA N.R.: <input type="text"/> D/V			
9366 <input type="text"/> 00013604 <input type="text"/> 6			
(Informar digito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do 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

Lugar e Data

Marina Elizenda Amorim da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 29



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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/Cédula de cidadão	Profissão
Endereço	POVOADO GAMELEIRA ZONA RURAL	Número	S/AZADOR
Bairro	GAMELEIRA	Cidade	COCAL
Email		Estado	PI
		CEP	64235-000
		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"/> 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		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> BRASDESCO (237)	<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001)	<input type="checkbox"/> ITAÚ (341)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V	BANCO	Nº do
[Inserir digito se existir]		[Inserir digito se existir]		<i>Banco do Brasil</i>	
AGÊNCIA NRO	D/V	CONTA NRO	D/V	AGÊNCIA NRO	D/V
[Inserir digito se existir]		[Inserir digito se existir]		1777 19 16-851 3	

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

_____, de _____, de _____
Local e Data

Antônio Eudes Amorim da Costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V101/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011241441309880000012616087>
Número do documento: 2011241441309880000012616087

Num. 13339055 - Pág. 30



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

Beneficiário 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 PONTO CAMPESTRE Q. de BAIXO	Número _____	Complemento _____
Bairro CAMPESTRE	Cidade COCAL	Estado PI
Emall _____	CEP 64.235-000	Telefone (DDD) (86)9.9976.5377

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input 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 N°
_____ D/V _____ CONTA N°
_____ D/V _____
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

BANCO
Nome
Banco do Brasil NRO
_____ D/V _____
AGÊNCIA N°
1777 D/V **9** CONTA N°
13-812 D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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/2 de JUNHO de 2019

Local e Data

Joelma Amorim da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 31



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 / (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.

[Signature]
Ednani G. Krug Braga 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 PARNAÍBA
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 Krug Brune Borges
Agente de Polícia Civil
Mat. 286616-1

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



Jalma 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.



C I V I L

Página 2 de 2



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 33

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
NACIONALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
VIÇOSA DO CEARÁ-CE	RG: 2007843958-0 SSP-CE CPF nº 15489888873.	
ELEITOR		
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 PALECIMENTO		DIA MÊS ANO
Vinte e oito do mês de JANEIRO do ano de DOIS MIL E DEZOITO às 18:45		28 01 2018
LOCAL DE PALECIMENTO		
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
CEMITÉRIO DO Povoado GAMELEIRA - COCAL-PI		MARIA EDILEUZA ANDRIM DA COSTA
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO		
CHARLES PITTER ANDRADE SANTOS - 2484 PI		
OBSERVAÇÕES/VERBACÕES		
TESTAMENTO: NÃO. BENS A INVENTARIAR: NÃO. DEIXA FILHOS: SM. JOELMA, MARIA JOVANA, MARIA ELZEUDA, ANTONIO EUDES. CÔNJUGE: MARIA EDILEUZA ANDRIM DA COSTA. "NADA HÁ A RESSALVAR".		
NOME DO ÓFICIO: 1º ÓFICIO DO REGISTRO CIVIL ÓFICIANA: MARIA AUXILIADORA FURTADO BALUZ MUNICÍPIO: PARNAÍBA-PI ENDEREÇO: RUA HUMBERTO DE CAMPOS N° 925 CENTRO NORTE		O conteúdo da certidão é verdadeiro. Deu-se Data e local: PARNAÍBA, PI, 06 de Fevereiro de 2018. <i>Luzia Alves Machado</i> Assinatura do Oficial Luzia Alves Machado Falecidente Autorizada



ARPENBRASIL AA 000639627 RRP



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Piáui
COMARCA DE Piáui
MUNICÍPIO DE Guadalupe
DISTRITO DE Guadalupe

Maria de Lourdes Machado Neto
Oficial Gilberto do Registro Civil

Certidão de Nascimento

CERTIFICO que, às fls. 386 do Livro A 49, sob N.o do

Ordem 10.657, foi lavrado o atento do nascimento de Maria Joana Amorim
da Costa, sendo 12 dias prévios e 28 no mês da Junho
do sexo feminino, filha menina, nascida no dia 24 de Junho de
mil novecentos e setenta e seis (1976)

nasceu as 21:00 horas e — minutos, em Guadalupe

filha de José Ferreira da Costa, casado, sócio

e de Dona Maria Edilzeia Amorim da Costa, casada, sócia

Sendo avós paternos Antônio das Neves lado

e Dona Joaquimica Fernandes do Nascimento

e avós maternos João Batista lado

e Dona x

O atento foi lavrado em 19 do Junho de 1987, tendo sido declarada

a mãe da registranda

e serviram de testemunhas Franzina da Silva Menino e Bênia Maria de Melo

e Silviano, pessoas idôneas e residentes nesta cidade

Observações: Registra-se neste atento que as 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

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

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

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

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

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

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x

x



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

REGISTRO CIVIL

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

MARTA DE LOURDES MACHADO MOLETO

Oficial EFEITIVA do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

O referido é verdade e dou fé.

Cecal (F1) 15 de dezembro de 1999

Semantic Objectives

Miguel Machado de Oliveira Meneses

7/OFICIAL



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 V^a 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
do sexo masculino, moreno nascid.^o no dia trinta de dezembro de /
mil novecentos e noventa e quatro (30.12.1994). x
x x às 05:00 horas em Gameleira deste município.
x x x x
filh.^o de José Pereira da Costa. x x
e de Dona Maria Edileusa 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

O referido é verdade e dou fé.

Cocal (Fl), 15 de dezembro de 1999





REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Piauí
COMARCA DE Picos
MUNICÍPIO DE Picos
DISTRITO DE Picos

Maria de Souza Machado Neto

Oficial elvira 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 José Amorim da
Pasta, sendo 1º deste nome e 1º no endem da Piciúna
do sexo feminino, em morenha, nascida no dia 16 de abril de
mil novecentos e oitenta e quatro (16.04.1984)
nasceram 0 horas e 0 minutos, em Ganilhoso distrito

filha de José Pereira da Pasta, nome materno
e de Dona Maria Edileusa Domingos Pasta, pinheira, encadada
Sendo avós paternos Antônio das Neves Pasta
e Dona Joaquimena Barreto da Piciúna
e avós maternos Sebastiana Neves Pasta
e Dona x

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

e serviram de testemunhas Camomila da Silva Menção e Bânia Maria de Menção
e Silva, pessoas idênticas e residentes nessa cidade

Observações: Registrada nessa data de acordo com a lei em vigor

CARTO. 10.656-2. OFÍCIO

Mrs. da Lourdes M. Neto
TABELIA

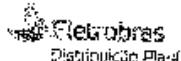
O referido é verdade e dou fé.

FIRM - São Paulo
Fábio José Cyrino

Social 19 de janeiro

de 1987





www.electronics.com
Electronics, Internet
2006-09-05

-0567803-3

ÖMÖRNÍLÍA FÉRGETTÉBŐL HÁRÍT
Dr. Mórmálik László - Centráliai Tisztviselő - M.

© The Author(s) 2023. Springer Nature Switzerland AG

卷之三

2. Israels Zentralbank hat nun die Befreiung von 1955 aufgehoben und ist wieder bereit, alle 36 Währungen einzubinden.

卷之三

MARCO/2018 27/03/2018 47 14.99

MARIA EDILEUZA AMÓRIM DA COSTA
PV GANELEIRA 0 B-RURAL
CPF: 00073003123800
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDÁ

Atual:	11617	Última Atualização:	20/03/2018
Análise:	11570	Próx. Atualização:	19/02/2018
Conselho de Monitoração:	1.000	Próx. Revisão:	19/04/2018
Credito/Máximas:	47	Expirado:	16/03/2018
Consumo Faturado:	47	Expirado:	20/03/2018

- 10 -

三

RESID. 64 RENDA NINGO A-12467

**COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE OSSEOS OBESOS E FAÇA NECAI MENTHOLATO - 15 16 20 21**

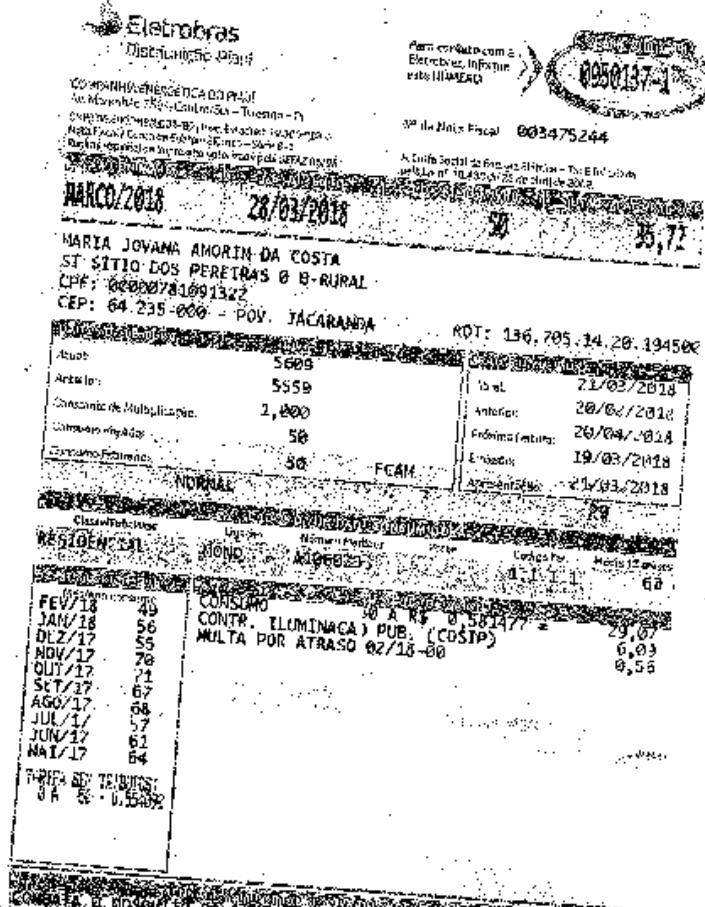
AS7E 4134 ACCE 4960 PERB1 E265 3521 4 20

Distribuição	14,13	Preço da Letra do	
Energia	2,22	Alimentação	
Transportes	2,25	Vale do Trabalho	
Entretimento	1,27	Vale de Ribeirão	0,22
Total		Vale de São Paulo	1,05

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

2017/2018, Vol. 10, No. 06





CONTRATA O MOSQUITO DA DENGUE, SIA E ENTRAMOS NA COBERTURA FEDERAL
LIGUE 0800-000-0000 E FAÇA O PAGAMENTO ATÉ 30/03/2018. JÁ COMEÇAMOS A COBERTURA FEDERAL.
Parabéns! Até o dia 19/03/2018, não venceu nenhuma FAQUEIRA VENCIDA.

ASTRONOMICO	4832.0000	SABO	CAC 0397	DSO1	5F03	A75B
Dia iluminado	7,92					
Energia:	15,24					
Tensão media	2,36					
Excedente	2,39					
Kilowatt	1,36					
Energia consumida						
Aluguel 10%						
Total de 10%						
Salvo da VDP						
Venda de energia						
Salvo da CDRPC						

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





www.electronics.com
Electronics, Internet
2006-07 Catalog

-0567803-3

COMBINAIS FERMENTADAS
Dr. Marcelino Soárez - Centro de Estudos e
Criação de Bactérias para a Indústria Alimentar - CEBI -
Av. Presidente Vargas, 1000 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - 20040-001 - Fone: (21) 505-2111 -
E-mail: cebi@cebi.ufrj.br

Digitized by srujanika@gmail.com

11-15-2018 11:45:11

7. Tendo Sócial informado o Dr. Júnior que não havia
pelo menos 10.736 decretos emitidos em 2011;

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

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
PV GANELEIRA 8 B-RURAL
CPF: 00073003123300
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDA RGT: 135.705-33-01614500

Atual:	11617	Atend:	20/03/2018
Anterior:	11570	Anendo:	19/02/2018
Conselho de Medicina:	1.000	Entregue:	19/04/2018
Correção Módulo:	47	Entrega:	16/03/2018
Consulta Padrão:	47	Entrega:	20/03/2018

NORMAL 29

DEBITOS JA ABALVADOS
Mes/Año Valor R\$ Infraestrutura paciente (ex: mobília) vendido(s) no valor de R\$
12/2014 19,62

**COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE 0800 080 3800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 1, 5, 10, 15, 20, 25**

POSTMASTER: PRINT AS7E-4134, ACCE: A9644-BFB3 E2EE: 3521 6 杰 1

Desarrollo	14,13	Pres. de LINQtoS.	
Energía	2,22	Algoritmos	
Transporte	2,25	Algo. de Viver	
Otros	1,27	Algoritmos	0,22
Total		Algoritmos	1,05

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

303/2018, 2020-08-08





www.electronics.com
Electronics, Internet
2006-09-05

-0567803-3

COMBINADA FERGENTO-DO-FRÁG
Dr. Marcellino SOUZA - Centro Médico - Fortaleza - CE
CNPJ: 00.000.000/0001-00 | CNPJ: 00000000000000000000-00
Av. Presidente Dutra, 1000 - Centro - Fortaleza - CEP: 60065-000
Fone: (85) 3222-2222 | Telefone: (85) 3222-2222 | Telefax: (85) 3222-2222

Digitized by srujanika@gmail.com

11-15-2018 11:45:11

7. Tendo Sócial informado o Dr. Júnior que não havia
pelo menos 10.736 decretos emitidos em 2011;

MARCO/2018 27/03/2018 47 14.99

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA
PV GANELEIRA @ B-RUKAL
CPF: 00073003123300
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDA RGT: 135.705-38-01614582

Aval.	11617		Atend.	20/03/2018
Análise:	11570		Análise:	19/02/2018
Conselho de Musicalização:	1.000		Entrega Material:	19/04/2018
Confecção Materiais:	47		Entrega:	16/03/2018
Desenvolvimento:	47	FCAM	Entrega:	20/03/2018

NORMAL 29

**COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA. GOVERNO FEDERAL
LIGUE OSSEOS OBESOS E FAÇA NECAI MENTHOLATO - 15 16 20 21**

AS7E-4134-ACFEE-0960-BEB3-E26E-3E31-63e2

Descrição	Valor	Unidade
Energia	14,13	Líq. do Utiliz.
Transporte	2,22	Absoluta KMS
Alimentação	2,25	Vale do Aliment.
Entretimento	1,27	Abrangente
Total	0,22	Vale de Transporte
	1,05	Vale de Compras

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

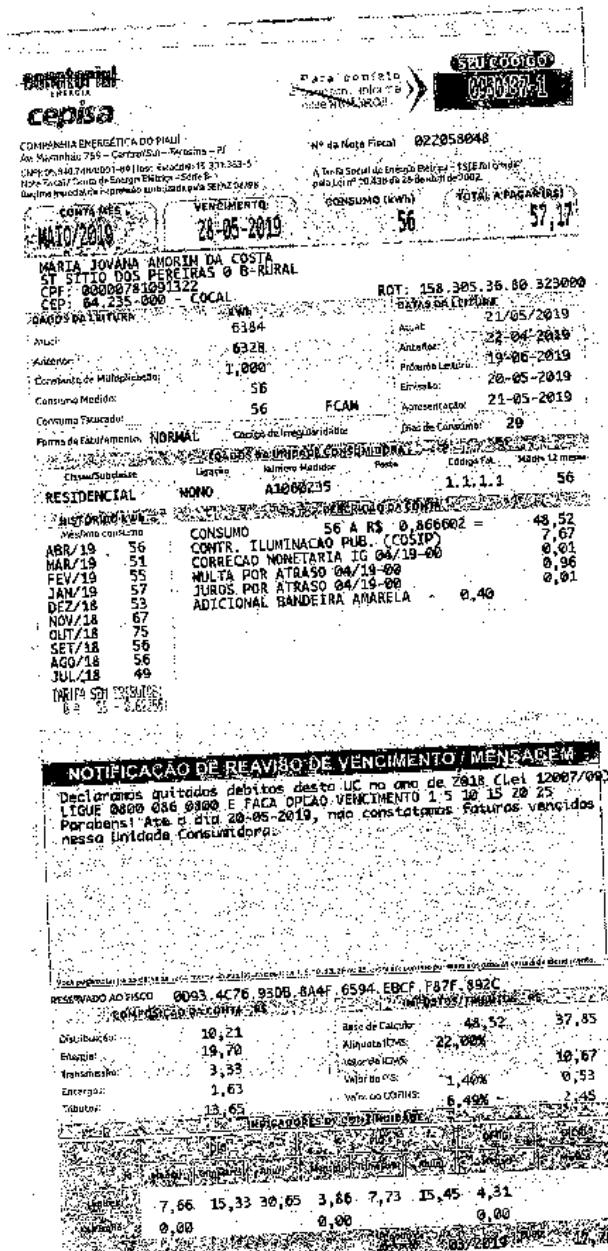
303/2018 - 2020-01-01





DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA E INVESTIGAÇÕES		SISTEMA INTEGRADO	
CEP/5152		Para consulta única, insira o código MEFOL	
COMPANHIA ENERGETICA DO RIO Av. Presidente Vargas, 750 - Centro - Tel. 320-1000 CNPJ 00.671.212/0001-01 - Inscrição Estadual 19.301.380-0 Av. Presidente Vargas, 750 - Centro - São Paulo - SP Região Sertãozinho - Posto de Atendimento da CEMEFO		0219839777	
CONTAS ATIVAS		NR da Nota Fiscal	
MAIO/2019		VENCIMENTO	
27-05-2019		57	
MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA		CONSUMO (kWh)	
P/ C/ GANHELETA 0 P/B RURAL		TOTAL A PAGAR (R\$)	
CEP: 06423-000		33,51	
Data da Leitura		kWh	
Até		12481	
Anterior		12374	
Consumo de Multiplicador		1.000	
Consumo Médio		57	
Extrato Faturado		57 FCAM	
Forma de Faturamento: NORMAL		Data de Início do Faturamento:	
Consumo		Data de Fim do Faturamento:	
RESÍD. BX. RENDA: MONO		Número Matrícula:	
HISTÓRICO FVA		Descrição da Conta:	
Mes/Ano		Liquidação:	
ABR/19 61		CONSUMO 30 A R\$ 0,289650 = 8,68	
MAR/19 62		27 A R\$ 0,496663 = 13,40	
FEV/19 73		CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP) 3,48	
JAN/19 55		DIFERENCA DE TARIFA 25,08	
DEZ/18 48		SUBVENCAO BAIXA RENDA 16,04	
NOV/18 56		CORRECAO MONETARIA TG 04/19-00 0,16	
OUT/18 64		MULTA POR ATRASO 04/19-00 0,62	
SET/18 64		JUROS POR ATRASO 04/19-00 0,13	
AGO/18 53		ADICIONAL BANDEIRA-AMARELA 0,13	
JUL/18 50			
TODOS OS TITULOS:			
01 A 59 0,356550			
NOTIFICAÇÃO DE REVISÃO DE VENCIMENTO DE CONTAS			
DEBITOS DE REALIZADOS			
Mes/Ano	Valor R\$	[remetente existente] debito(s) vencido(s) no valor de R\$ 0,000000,00 (em adesivo(s) legal(s) ate esta data, desej os debito(s) ja tenho(s) sido pacifico(s), provar una loita de atendimento a Eletricuras Distribuidas Fiscais com os(s) corpos fiscais de pagamento.	
12/2014	19,62		
Declaramos quitados debitos desta UC no dia de 2018 (Lei 12.007/09) LIGUE 0000 026 0698 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO: 1 5 10 15 20 25			
RESERVADO AO FISCO BBDA, C620, 3483, 14EA, B286, A37F, 99DC, 9387			
COMPOSIÇÃO DA FONTE		IMPORTE ATUALIZADO	
Distribuição:	9,92	Rowell Celso:	47,16
Endereço:	19,16	Aliquota:	22,00%
Imóveis:	3,24	Valor do IPI:	10,37
Créditos:	1,58	Valor do ICMS:	0,51
Tributos:	13,26	Valor do UICMS:	2,38
INDICADORES DE CONTINUIDADE			
	DIÁ		DIÁ
Último:	7,66	Anterior:	3,86
Media:	15,33	Total:	7,73
		Último:	15,45
Linha:	30,65	Anterior:	4,31
Habilidades:	0,00	Total:	0,00
Conjunto:	TRIBUTO	Último:	0,00
		Anterior:	0,00
		Total:	0,00
		Último:	9,76





RESUMO DO FISCO		B9D4-C820 3A3.14EA.B26. A57F. 99DC. 9887		IMPOSTOS/IMPOSTOS - 04			
COMPOSIÇÃO DA CONTAS		IMPOSTOS/IMPOSTOS - 04					
Distribuição:	9,92	Base de Cálculo:	47,16	Impostos:	36		
Imposto:	19,16	Impostos:	22,00%				
Transmissão:	3,24	Vencimento:			10		
Encargos:	1,58	VAT, IPI:	1,40%		0		
Tributos:	13,26	VAT, IPI, CORR:	6,45%		2		
		INDICAÇÃO DE CONTA/DESCRIÇÃO					
		040	041	042			
		Mercadorias	Trucking	Renda	Impostos		
União:	7,66	15,33	30,65	3,86	7,73	15,45	4,31
Brasil:	0,00			0,00			0,00
Rodoviária:							



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. GAMILEIROS 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) C4 (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: PARNAMBIPI, 02 DE MAIO DE 2018

maria edilseuza amarim 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 NEZILBUZA AMORIM DA COSTA ESPUGA		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

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter **ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS**, o **responsável legal deverá assinar pelo menor**.
- b) 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 ELIZABEDA AMORIM DA COSTA	FILHA	3.230.211	047.492.963-92
4. ANTONIO NEDDES 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

x Joelma Amorim da Costa
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNAIBA - PI 07/05/2018
LOCAL E DATA

x Maria Jovana Amorim da Costa
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNAIBA - PI 07/05/2018
LOCAL E DATA

x Maria Elizabeda Amorim da Costa
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNAIBA - PI 07/05/2018
LOCAL E DATA

x Antônio Neddes 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>Maria Edileusa Amorim da Costa</u>	<u>1.234.707</u>	<u>13.003.133-00</u>	<u>Maria Edileusa Amorim da Costa</u>
<u>da Costa</u>			

DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
<u>Marcelo de Jesus Oliveira</u>	<u>1.256.844</u>	<u>473.844.773-63</u>	<u>Marcelo Jesus Oliveira</u>
<u>José Francisco de Souza</u>	<u>3545864</u>	<u>041.742.85366</u>	<u>José Francisco de Souza</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) 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
DATAS DE EXPEDIÇÃO	22/08/2010
NOME: JOSE PEREIRA DA COSTA	
PESO: ANTONIO DAS NEVES COSTA	
NASCIMENTO: FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO	
NATURALIDADE: VICOSA DO CEARÁ - CE	DATA DE NASCIMENTO: 14/10/1957
DOC. OFICIAL: CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 794 FOLHA: 55 LIVRO: 8-15 COCAL - PI	
CPF:	RG: ANH: 168268-81
1 VIA	P.14
Assinatura do Director	
LEI N° 7.118 DE 29/06/83	

João Pereira da Costa



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DELE	1.234.707	DATA DE EXPEDIÇÃO	02/03/17
NOOME	MARIA EDILEUZA ANORIN DA COSTA		
NÚMERO	SEBASTIANA NEVES COSTA		
RESIDÊNCIA	DADOS DE EXPEDIMENTO		
COCAL-PI	01/01/1963		
DOC. ORIGINAIS	CERT. CASAM. 794 L 15 F 36 EXP COCAL-PI 19/05/1000 N.º 230.031.233 - Ofício das Chaves Policial Militar 1071844 - Comissão de Exames Policiais Criminais		
LEI Nº 7.119 DE 20/04/89 - DECRETO Nº 55.250/89			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

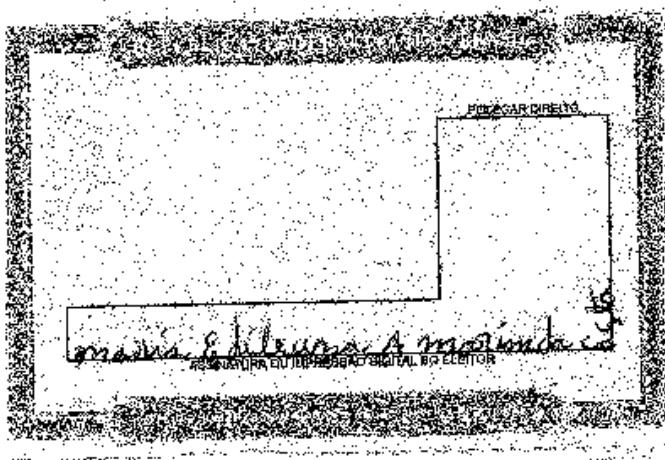
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOSÉ DE DEUS MARTINS"

Assinatura da Maria Edileuza Anorin da Costa
187.194.8

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



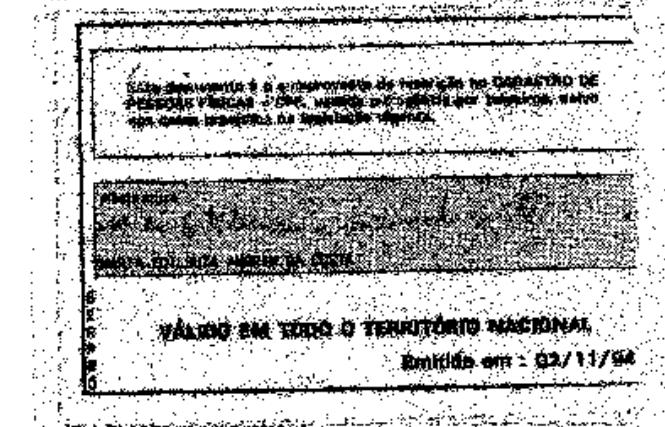
TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOOME DO ELEITOR:
MARIA EDILEUZA ANORIN DA COSTA

CÓDIGO FAVORECENDO	01011963	CPF	0385.7881.0728
MUNICÍPIO DE	COCAL/PI	DATA DE EXPEDICAO	10/03/2017

PRESIDENTE DA REPÚBLICA



INSTITUTO DA TERRA
ESTADO DO PIAUÍ - PI - 64000-000

GPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

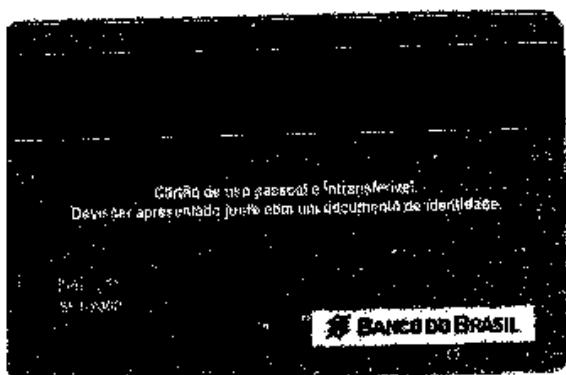
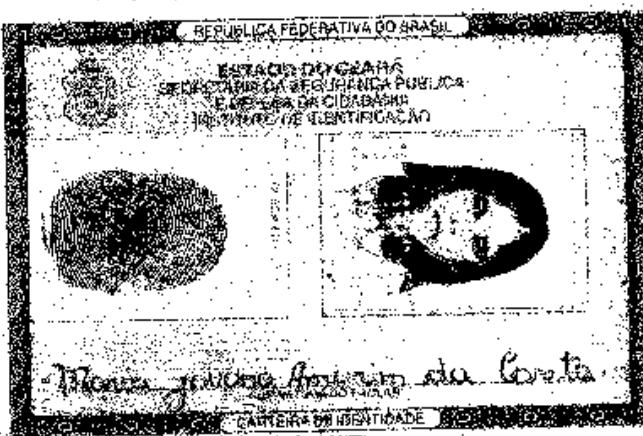
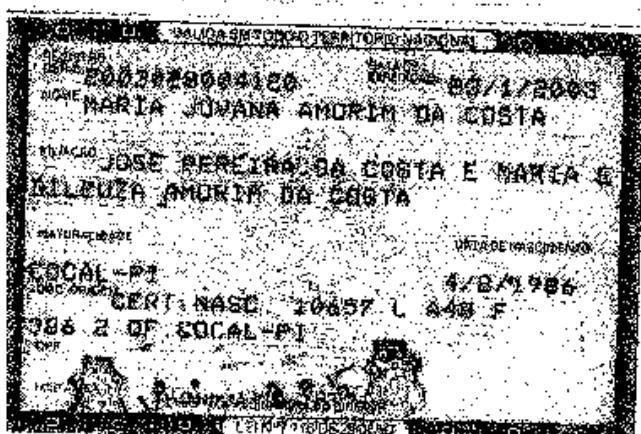
Nome:
MARIA EDILEUZA ANORIN DA COSTA

Nº de Inscrição:
730031339-00

Data de Nascimento:
04/01/63

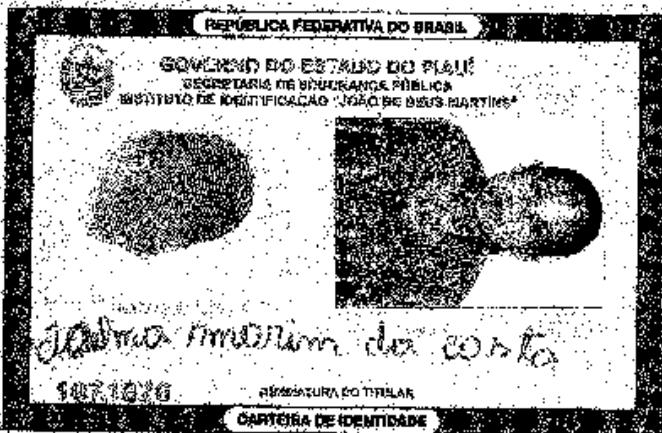






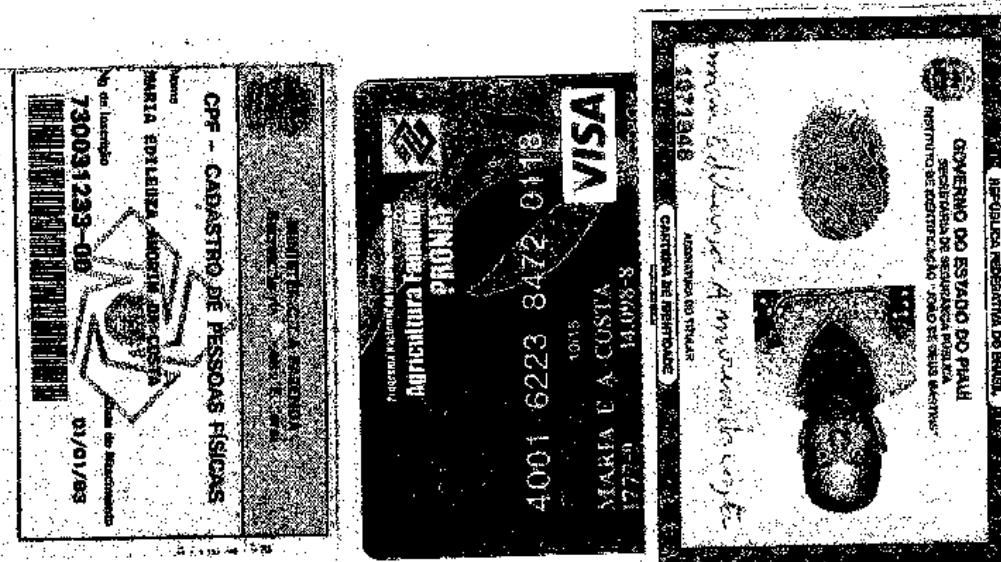
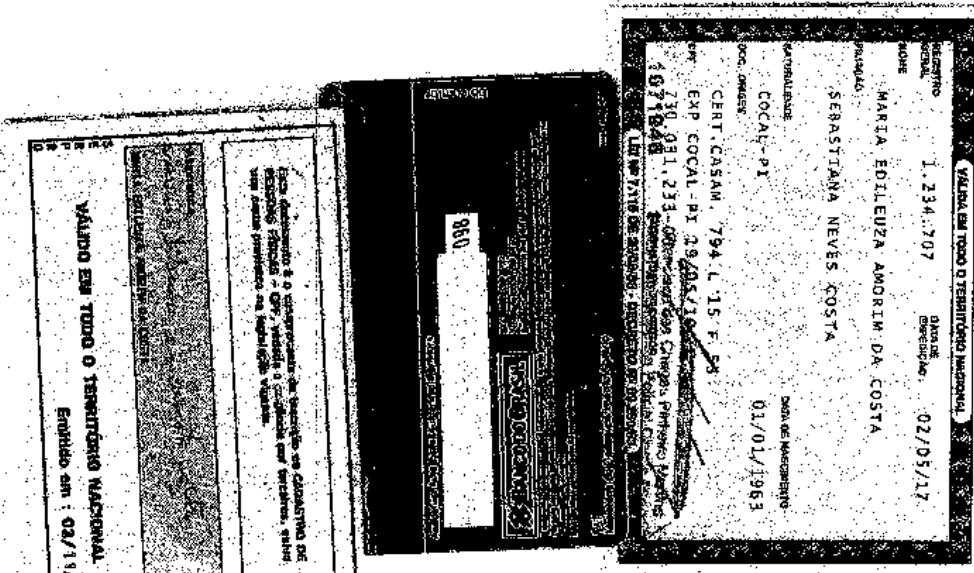
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RESERVA FEDERAL	4.577.1010	DATA DE EMISSÃO	10/04/17
SCONE	JOELMA AMORIM DA COSTA		
PAI/AVÔ	MARIA EDILSEUZA AMORIM DA COSTA		
MATERNAL/AVÔ	JOSE PEREIRA DA COSTA		
ESTADO DE NASCIMENTO	DATA DE NASCIMENTO		
COCAÍ-PI	16/04/1984		
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. 10618 L A48 F 388		
CPF	EXP. COCAÍ-PI 19/01/67		
007.308.993-0 Francisco das Chagas Pinheiro Melo			
1071676			
LEI Nº 7.110 DE 29/06/83 - DECRETO Nº 89.268/83			

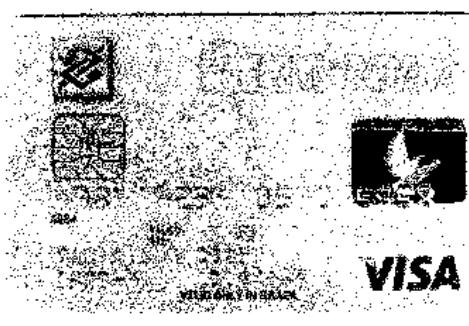
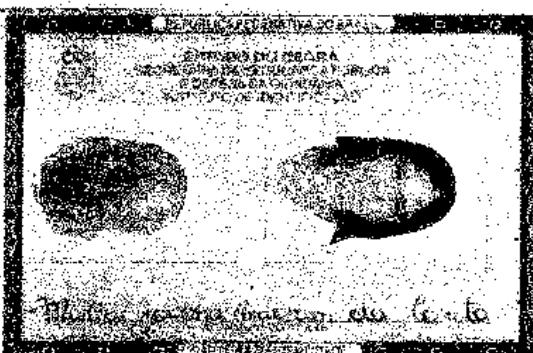
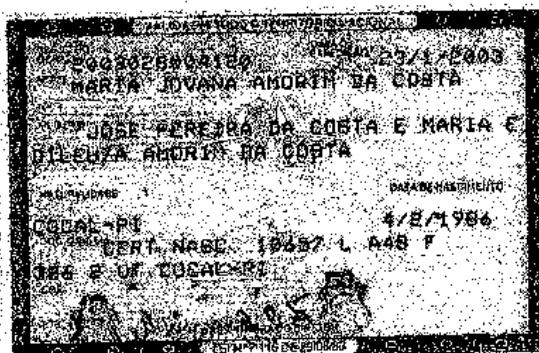
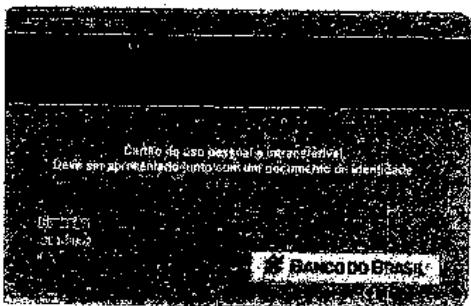


Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
 Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 55



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087



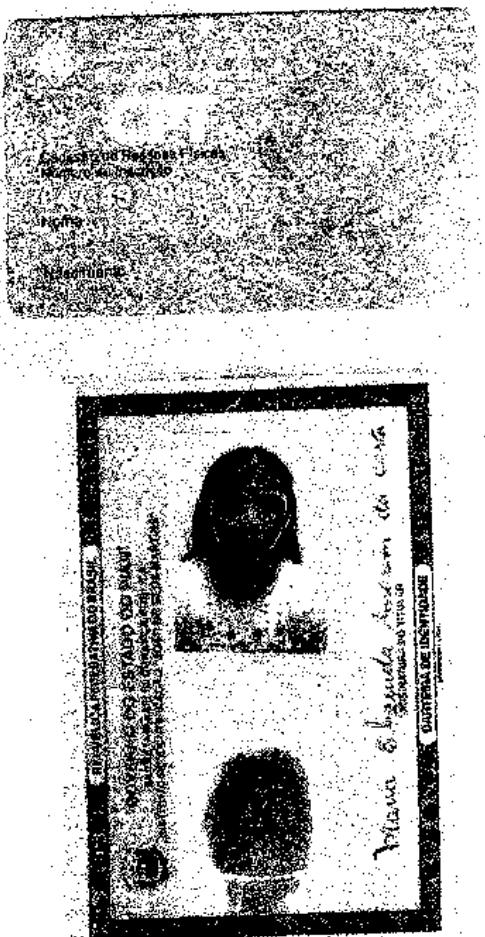
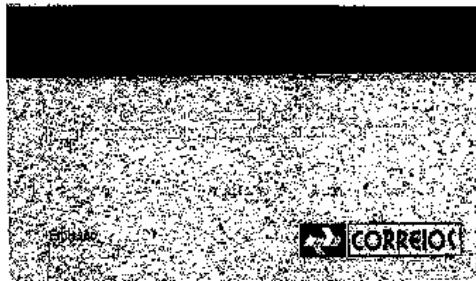
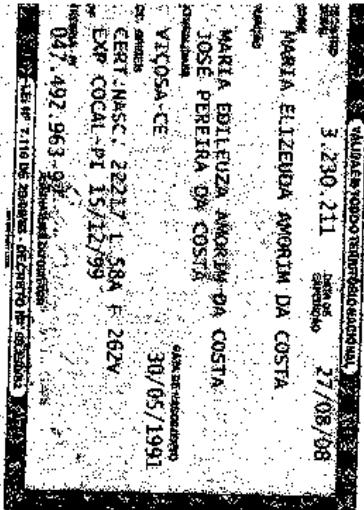
01777-9

13248-9



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 57

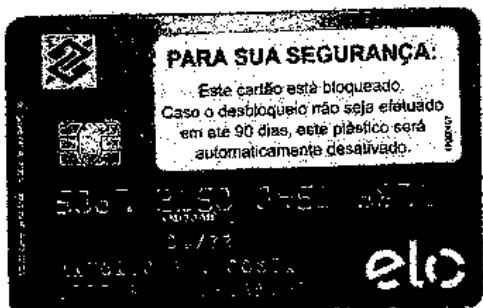




CÓDIGO DE CONTROLE
TCSE_DF78_4A56_6238

A autenticidade deste documento deve ser comprovada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovação realizada pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 09/08/2011 (data e hora do Brasil)
data verificação: 09



MATERIAL DA PÁGINA

Receita Federal
Centro de Polícias Fiscais

COMPONENTE DE INSTRUÇÃO

Número:
082.769.873-41

Nome:
ANTÔNIO EUNÉS AMORIM DA COSTA

Identificador:
3011241604

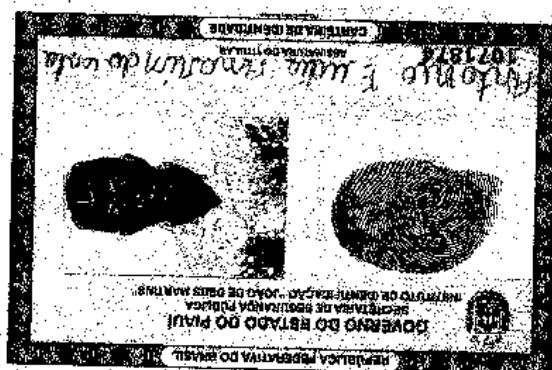
VÁRIOS DOCUMENTOS COMPROVAM A IDENTIFICAÇÃO

1777-9

16- 851-3

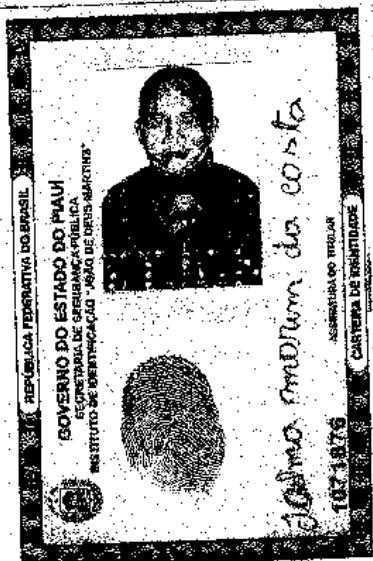
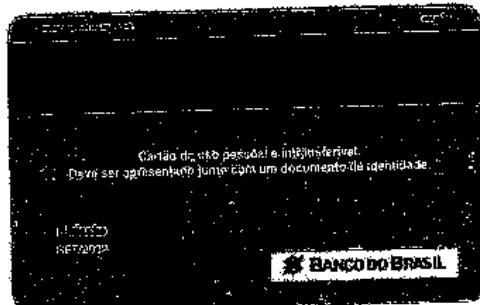
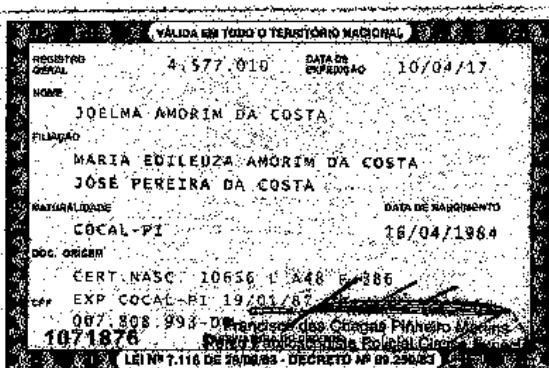


VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.587.801
	DATA DE EXPEDIÇÃO 20/04/17
NOVO:	ANTONIO BUDES AMORIM DA COSTA
FILHOS:	MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA JOSÉ PEREIRA DA COSTA
MUNICÍPIO DE NASCIMENTO	DATA DE NASCIMENTO 30/12/1994
COCAL-PI	
DOC. CÓDIGO:	CERT. NASC. 22218-L A58 E 782V
CPF	EXP. COCAL-PI 15/12/90
062.789.873- 1071974	Francisco das Chaves Filho/Flávio Pai de Francisco das Chaves Filho/Claudia LEI Nº 7.116 DE 25/03/83 - DECRETO Nº 69.250/83



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011241441309880000012616087>
Número do documento: 2011241441309880000012616087

Num. 13339055 - Pág. 60



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

SÉRIE O

25^a CSM N° 586505



Certifico que JOSÉ FERREIRA J. COSTA
nascido a 14 Out 57 — VICOSA DO CEARÁ — CE
(filho de) Antônio das Neves Costa
e de Francisca Carvalho
foi dispensado do Serviço Militar Inicial em 1976 por ter
sido incluído no excesso de contingente
Identificação: N.º de Registo 1. 129
Altura 1m 58 Cútis branca Olhos cast cl
Cabelos cav esc end Tipo sanguíno não es
Sinais particulares
José Ferreira J. Costa
(Assinatura do dispensado)

Polegar direito	[Imagem da impressão digital]
-----------------	-------------------------------

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

OUTROS DADOS:

Profissão:

Residência:

Situação especial (*)

Em caso de convocação deve presentar-se imediatamente.

Fortaleza-CE 01 Jul 80
(Local e data)

(Assinatura do Comandante ou Chefe)

EDGARD GONÇALVES
TEN. CEL CH. 3^a SECÃO

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



5

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome **JOSÉ PEREIRA DA COSTA**

Loc. Nasc. **BURITI VICOSA DO CEARÁ**
 Est. **CEARÁ** Data **14/10/57**
 Filiação **ANTONIO NEVES DA COSTA**
E FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO

Est. Civil **SOLTEIRO** Doc. N° **1.199**Fls. **113** Liv. **320** Reg. Civil **NASC.**Outro doc. **CARTÓRIO COCAL PIQUI**Situação Militar: Doc. **CDL**
 Nº **586505** Órgão **256 CSM** Est. **CEARÁ**

Naturalizado Dec. N° Em

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em

Doc. Ident. N° Exp. em / / /

Estado

Obs.

Data Emissão **07/08/90** DRT **CEARÁ**

Assinatura do Funcionário



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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
 Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 65

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembléia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



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) Sra(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

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder-DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 66

SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



COBERTURA SOLICITADA	
<input checked="" type="checkbox"/> MORTE () INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS	IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA
VÍTIMA <u>JOSÉ PEREIRA DA COSTA</u>	
DATA DO ACIDENTE <u>22/11/17</u> POSSUI CPF <u>✓ SIM</u> () NÃO Nº CPF <u>154.698.698-73</u>	
PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS:	
<input type="checkbox"/> Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).	
INFORMAÇÕES IMPORTANTES <ul style="list-style-type: none"> * 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	
<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário <input type="checkbox"/> Comprovante de Invalidez do IML – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Declaração do proprietário do veículo – quando necessário <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)	
DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS	
<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário <input type="checkbox"/> Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recetários médicos (originais) <input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário <input type="checkbox"/> Documento de Identificação da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)	
DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS	
<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário <input type="checkbox"/> Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recetários médicos (originais)	
DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE	
<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO CONJUGE (ESPOSO OU ESPÓSA) <input checked="" type="checkbox"/> Certidão de Casamento com data atual (cópia simples) <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CONJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)	
<input type="checkbox"/> 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 CONJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS) <input type="checkbox"/> Declaração Judicial que reconheça a união estável (cópia simples) <input type="checkbox"/> Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples) <input type="checkbox"/> Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge <input type="checkbox"/> Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A)) <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros (original) BENEFICIÁRIO CO-HERDEIRO (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A)) <input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros (original) <input type="checkbox"/> Declaração de Óbito dos pais da vítima (cópia simples) <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples) <input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples) <input type="checkbox"/> Outros Documentos apresentados:	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
Portador da documentação (Nome) _____ Quem é o portador? <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Beneficiário <input checked="" type="checkbox"/> Representante Legal - CPF do portador <u>730.031.333-00</u> E-mail: <u>3010512018</u> Assinatura <u>Edilusa Amorim da Costa</u> Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) <u>A.C. PARNAIBA (CORREIOS) - RI</u> Atendente <u>WILMILDA WELDEN RABELO LOPEZ</u> Matrícula <u>8377-916-4</u> Data <u>30/05/2018</u> Assinatura: <u>Romualdo Nogueira Ribeiro</u>	
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO	
Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31 http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087 Número do documento: 20112414413098800000012616087	



FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE OCORRÊNCIA DO SAMU

NOME: <i>Jose Ferreira 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: _____	RECEBIDO EM _____ / _____ / _____
Telefone Contato: _____	ASSINATURA
ASSUNTO: _____ _____ _____ _____	



VIA CONTRIBUINTE

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
3 - Nome do Sindicato S T R DE COCAL		2 - Exercício 2002
Destinatário		4 - Código da Parcela 2002.050.2113-8
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		
04 SET 2002		
Grupo Família (Dependentes): José Pereira da Costa Joelma Amorim da Costa Maria Elizeuda Amorim da Costa Antonio Eudes Amorim da Costa		
13 - CPF 1.234.707 000.000.000-00		
14 - Valor R\$ 20,00		
CONTRIBUIÇÃO CONFEDERATIVA		



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



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.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>

Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 70

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 71

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.



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>

Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 72

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



Assinado eletronicamente por: EDNAN SOARES COUTINHO - 24/11/2020 14:41:31
<http://tji.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112414413098800000012616087>
Número do documento: 20112414413098800000012616087

Num. 13339055 - Pág. 73