

Browser tabs: Email - Alana L..., Controle de do..., Mensagens, Audiências, Consulta proce..., PJ 0800696-86.20..., Baixar o arquiv..., (33) WhatsApp, +

Address bar: [tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=587600&ca=b559a50991c5936c880d8571a24c91...](http://tjpi.pjejus.br/1g/Processo/ConsultaProcesso/Detailhe/listProcessoCompletoAdvogado.seam?id=587600&ca=b559a50991c5936c880d8571a24c91...)

Processo Virtual Na... | Administrativos | Portal do Advogado | Google | Nova guia | Meu INSS | [bb.com.br] | Zimbra: Movimenta... | PJE 1º | Publicações

**PJE** ProceComCiv 0800696-86.2020.8.18.0046  
MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS...


13339049 - CONTESTAÇÃO (2766989 CONTESTACAO 01)  
Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 24/11/2020 14:41:31

24 Nov 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

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

downloadBinario.seam 1 / 8

  
JOÃO BARBOSA  
ADVOCADOS ASSOCIADOS

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

Processo n.º 08006968620208180046

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	<a href="#">PROCESSO ADMINISTRATIVO</a>	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO



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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOELMA AMORIM DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01455/01456 - carta\_01 - MORTE



Carta nº 14397442





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00219/00220 - carta\_03 - MORTE

00060110



Carta nº 14397582





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01457/01458 - carta\_01 - MORTE



Carta nº 14397790





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO EUDES AMORIM DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01459/01460 - carta\_01 - MORTE



Carta nº 14397853





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00221/00222 - carta\_03 - MORTE

00060111



Carta nº 14397880





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00223/00224 - carta\_03 - MORTE

00060112



Carta nº 14397949







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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01461/01462 - carta\_01 - MORTE



Carta nº 14397970





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00225/00226 - carta\_03 - MORTE

00060113



Carta nº 14398023





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00227/00228 - carta\_03 - MORTE

00060114



Carta nº 14398904





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

Rio de Janeiro, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01463/01464 - carta\_01 - MORTE



Carta nº 14399866





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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00645/00646 - carta\_03 - MORTE

00050323



Carta nº 14495332





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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00649/00650 - carta\_03 - MORTE

00050325



Carta nº 14495425





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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00651/00652 - carta\_03 - MORTE

00050326



Carta nº 14495495





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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00653/00654 - carta\_03 - MORTE

00050327



Carta nº 14495520







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

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 22/11/2017

Cobertura: MORTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

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

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

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

Laudo do IML - Necrópsia

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00655/00656 - carta\_03 - MORTE

00050328



Carta nº 14496103





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

---

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

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

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

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

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

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

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

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

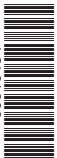
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00867/00868 - carta\_16 - MORTE

00010434



Carta nº 15283385





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

---

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

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

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

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

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

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

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

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

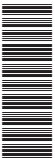
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00869/00870 - carta\_16 - MORTE

00010435



Carta nº 15283598





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

---

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

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

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

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

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

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

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

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

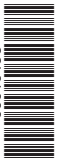
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00865/00866 - carta\_16 - MORTE

00010433



Carta nº 15283702





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

---

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

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

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

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

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

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

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

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

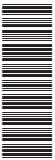
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00871/00872 - carta\_16 - MORTE

00010436



Carta nº 15283988





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

---

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

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190359481**

**Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA**

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

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00873/00874 - carta\_16 - MORTE



Carta nº 15284160



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

  
Seguradora Líder - DPVAT

**No. DO SINISTRO**

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

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

EU, MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

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

CPF 731010311233 /CNPJ 00 /PROFISSÃO

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

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

AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT

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

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

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

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

No. DE CONTA CORRENTE 16.851-3

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO**

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

No. CONTA-POUPANÇA 13.812-6

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

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

No. CONTA-POUPANÇA 14.098-8

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

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

No. CONTA-POUPANÇA 13.248-9

☒ **CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

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

No. CONTA-POUPANÇA 13604-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

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

**ATENÇÃO**

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

LOCAL PARNAMA-PI

DATA 04/05/2018

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Maria Edileuza Amorim da Costa



SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCÁRIO DO BRASIL  
 23/06/2018 - Autocalculation - 12:05:02  
 177770830

EXTRATO DE CONTABILIDADE PARA MÓDULO CONCURRÊNCIA  
 EXTRATO DE CONTABILIDADE CONCORRÊNCIA

AGÊNCIA: 1777 9  
 CÉDULA: 14.038.8  
 RAS TACAL: 51  
 CÉDULA: MARIA LUIZEA A COUTA

DATA DE DESPESAS	VALOR
12/06/2018	
Saldo ant	296,39 D
Debitado/2018	
23/06/2018	200,00 D
20/06/2018 SAA COTAL	

RESUMO	46,39 D
VAL. DEBENDIDO	0,00 D
SALDO TOTAL	46,39 D

SOMAR POR DATA BATE

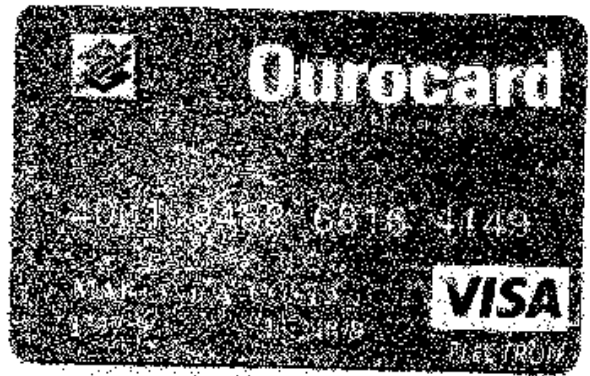
23	46,39 D
----	---------

MENSAIS DIVERSAS

VALOR igual/menor que 0,52 A.A. : 177770830  
 VALOR maior que 0,52 A.A. : 177770830  
 Não há necessidade de conservar este documento,  
 entre outras informações.







GIRO DE CREDITO DE FOMENTO PARA O BRASIL  
SUA C/C É AUTOMÁTICA 12-10-13  
17/7/2017

CAIXA DE CREDITO DE FOMENTO  
PARA O BRASIL  
12-10-13  
AUTOMÁTICA  
17/7/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

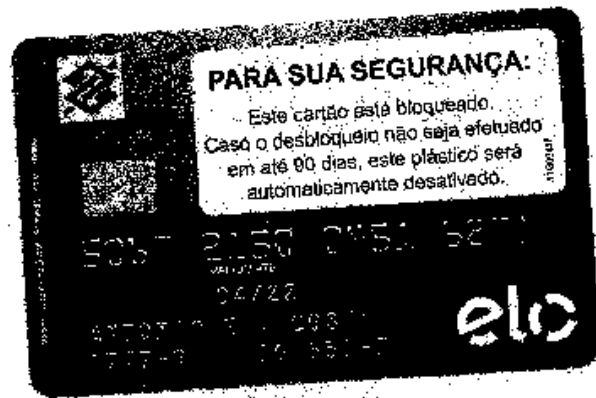
COMPROVANTE DE SALDO

7/04/2015 DE 35 19  
CONV. 100 C. 0597473  
OPERADOR 0005347

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

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA



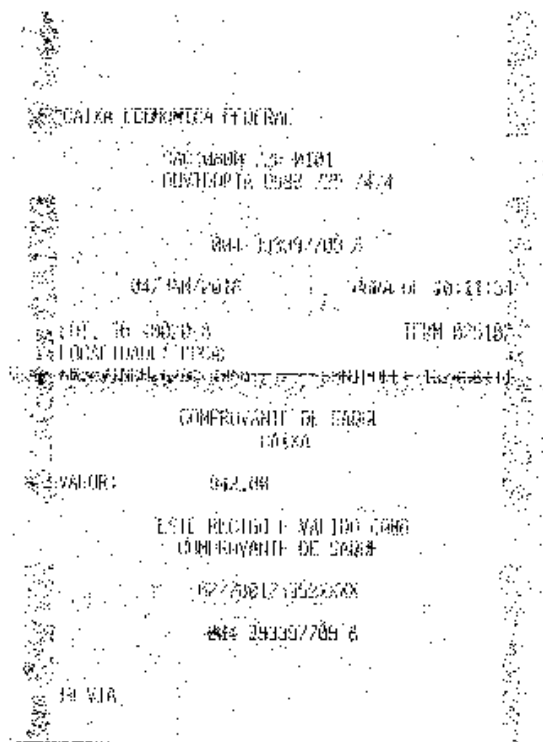
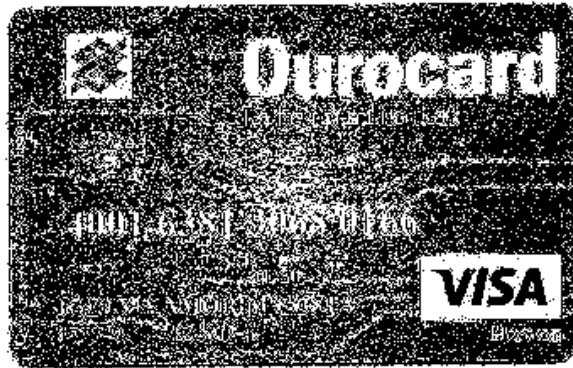


SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
51-21/2012 - Autoconhecimento - P.D. 11  
117772581

DECLARAÇÃO DE QUANTIA PARA COMPLETO CONFERÊNCIA

AGÊNCIA: 117772581  
CONTÁ: 16251-3  
ASSINADO E ASSINADO: 16251-3  
ASSINADO: 51-21/2012







**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
---------------------------	---------------	-------------------------

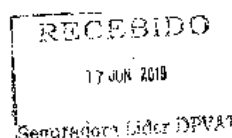
<b>DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL</b>			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA	730.031.233-00	TRABALHADORA	
Endereço	Número	Complemento	
POVOADO GAMELEIRA			
Bairro	Cidade	Estado	CEP
GAMELEIRA	COCAL	PI	
Email	Telefone (DDD)		
	(86) 9.9976.53.77		
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.			

<b>FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS</b>			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)	
<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	DIV	CONTA	DIV
Nº		Nº	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

PARAIBA 12 de JUNHO de 2019

Local e Data



Maria Edileuza Amorim da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V005/2017



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 <b>MARIA JOVANA AMORIM ds. COSTA</b>	CPF titular da conta <b>007.810.913-28</b>	Profissão <b>LAVADORA</b>
Endereço <b>SITIO DOS PEREIRAS</b>	Número <b>S/N</b>	Complemento
Município <b>SITIO DOS PEREIRAS</b>	Cidade <b>COCAL</b>	Estado <b>PI</b>
CEP <b>64.235-000</b>	Telefone (DDD) <b>(86) 9.9976.53-77</b>	

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

<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)	
<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 R.R.G. <b>13.248</b>	D.V. <b>9</b>	CONTA R.R.G. <b>01777</b>	D.V. <b>9</b>
(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 12 de JUNHO de 2019**

Local e Data

**Maria Jovana Amorim ds. Costa**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





**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 <b>MARIA ELIZEUDA AMARIM</b>	CPF titular da conta <b>047.482.963-42</b>	Profissão <b>LAVADORA</b>
Endereço <b>POUDADO GAMELEIRA - ZONA RURAL</b>	Número <b>51N</b>	Complemento
Bairro <b>GAMELEIRA</b>	Cidade <b>COCAL</b>	Estado <b>PI</b>
CEP <b>64235-000</b>		Telefone (DDD) <b>(86) 9 9976 5377</b>

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)	
AGÊNCIA NR0. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		BANCO Nome <input type="text"/> NR0 <input type="text"/>	
AGÊNCIA NR0. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>		AGÊNCIA NR0. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	
<input type="text"/> (Informar dígito se existir)		<input type="text"/> (Informar dígito se existir)	

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

**PARNAÍBA**, **019** de **JUNHO** de **2019**  
Local e Data

**Maria Elizeuda Amarim 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**

Antonio Eudes Amorim da Costa		CPF titular da conta	062.789.873-41	Profissão	LAVADOR
Endereço	RUA DO GAMELEIRA / ZONA RURAL		Número	S/N	Complemento
Bairro	GAMELEIRA	Cidade	COCAL	Estado	PI
E-mail			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 Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

<input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (todos os bancos)
--	--

<b>AGÊNCIA</b> RND	<b>CONTA</b> RND	<b>AGÊNCIA</b> RND	<b>CONTA</b> RND
1772	9	16851	3
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

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

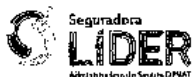
Antonio Eudes Amorim da Costa  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 VIX/01/2017







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

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> 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. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nº	
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº	Nº	Nº	Nº
1777	9	13-812	6
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

PARNAIÁ 12 de JUNHO de 2019

Local e Data

Joelma Amorim da Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001 VD01/2017





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



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 40-117535/2018

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

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

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

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

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

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

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

**VEÍCULO ENVOLVIDO:** PREJUDICADO.

### RELATO DA OCORRÊNCIA

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

Daniel G. Krug Bruhe 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](mailto:cocal.dp@pc.pi.gov.br) / (86) 98102-3531

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

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



*Julma Amorim da Costa*  
NOTICIANTE

### CONCLUSÃO/REMESSA

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

# POLÍCIA

ESTADO DO PIAUÍ



# CIVIL





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME  
**JOSÉ PEREIRA DA COSTA**

MATRÍCULA  
140624 01 55 2018 4 00144 021 0028291- 11

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

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	BRANCA	CASADO, 80 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
VIÇOSA DO CEARÁ-CE	RG: 2007843958-0 SSP-CE CPF nº 15489889673.	SM

**FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA**

FILIAÇÃO: ANTONIO DAS NEVES COSTA & FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO  
RESIDÊNCIA: POVOADO GAMELEIRA, ZONA RURAL, COCAL-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO	DIA	MÊS	ANO
VINTE E OITO DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 18:45	28	01	2018

**LOCAL DE FALECIMENTO**

NO HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE, PARNABA-PI

**CAUSA DA MORTE**

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

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)	DECLARANTE
CEMITÉRIO DO POVOADO GAMELEIRA - COCAL-PI	MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

**NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO**

CHARLES PITTER ANDRADE SANTOS - 2484 PI

**OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES**

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

NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): MARIA AUXILIADORA FURTADO BALUZ

MUNICÍPIO: PARNABA-PI

ENDEREÇO: RUA HUMBERTO DE CAMPOS Nº 826 CENTRO-NORTE

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data e local: PARNABA, 01 de Fevereiro de 2018.

*Luíza Alves Machado*  
Assinatura do Oficial

**LUÍZA ALVES MACHADO**  
Escritora Autorizada



ARPENBRASIL AA 008639627 RRP



REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Pernambuco  
COMARCA DE Goiana  
MUNICÍPIO DE Goiana  
DISTRITO DE Goiana

Maria de Lourdes Machado Neto

Oficial Edite do Registro Civil

**Certidão de Nascimento**

CERTIFICO que, às fls. 386 do Livro A 48 sob N.º da Ordem 10.637 foi lavrado o assento do nascimento de Maria Jovina Amora da Costa, sendo 13 deste primeiro e 25 no ordem da filiação do sexo feminino em materna nascida no dia 24 de junho de mil novecentos e oitenta e seis (14.06.1986)

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

filha de José Pereira da Costa, casado

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

Sendo avós paternos Antonio das Neves Costa

e Donatiana Corvelho do Nascimento

e avós maternos Sabastiana Neves Costa

e Dona

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

e serviram de testemunhas Amorino da Silva Meneses e Bônio Maria de Meneses e Silva, pessoas idôneas residentes nesta cidade

Observações: Registrada nesta data de acordo com a lei em vigor.



FORMA - SÃO PAULO  
IABELIA JOSÉ CYRILLO  
SABÃO DE PARANAPIACABA, 6  
JUNTO A PRAÇA DA 25

Goiana 19 de junho de 1987

Francisca Maria de Albuquerque Silva  
Oficial

Francisca Maria de Albuquerque Silva  
Escritor





REGISTRO CIVIL

ESTADO DE FIAUT  
COMARCA DE COCAL  
MUNICÍPIO DE COCAL  
DISTRITO DE COCAL

MARIA DE LOURDES MACHADO NOLETO

Oficial EFETIVA do Registro Civil

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 262 Vº do livro A 58 sob nº de  
Ordem 22.217 foi lavrado o assento do nascimento de MARIA ELIZEUDA AMO-  
RIM DA COSTA. x x x  
do sexo feminino, morena nascida no dia trinta de maio de mil  
novecentos e noventa e um (30.05.1991). x  
x x às 17:00 horas em Viçosa do Ceará-Ceará no Hos-  
pital Maternidade Municipal. x x  
a de Jose Ferreira da Costa. x x  
e de Dona Maria Edileuza Amorim da Costa. x x  
Sendo avós paternos Antonio das Neves Costa. x x  
e Dona Francisca Carvalho do 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  
e pai da registranda. x x x  
e serviram de testemunhas as constantes do termo. x x  
Observações: Registrada nesta data de acordo com a lei em vigor.  
x x x x  
x x x x  
x x x x  
x x x x  
x x x x  
x x x x  
x x x x  
x x x x  
x x x x

O referido é verdade e dou fé.

Cocal (F1) 15 de dezembro de 1999

Serventia Oficializada

Mauricio Machado de Oliveira Menezes

OFICIAL

Maria da M...





# REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



## REGISTRO CIVIL

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

MARIA DE LOURDES MACHADO NOLETO

Oficial EFETIVA do Registro Civil

## CERTIDÃO DE NASCIMENTO

CERTIFICO que às fls. 262 Vº do livro A 58 sob nº de  
Ordem 22.218 foi lavrado o assento do nascimento de ANTONIO EUDES AMO-  
RIM DA COSTA. X 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 X às 05:00 horas em Gemeleira deste município.  
X X X X  
filh.º de José Pereira da Costa. X X  
e de Dona. Maria Edileuza Amorim da Costa. X X  
Sendo avós paternos. Antonio das Neves Costa. X X  
e Dona. Francisca Carvalho do Nascimento. X X  
e avós maternos. X X X X  
e Dona. Sebastiana Neves Costa. X X  
O assento foi lavrado em 15 de dezembro de 1999 tendo sido declarante  
o pai do registrando. X X X  
e serviram de testemunhas as constantes do termo. X X  
Observações: Registrado nesta data de acordo com a lei em vigor.  
X X X X  
X X X X  
X X X X  
X X X X  
X X X X  
X X X X  
X X X X  
X X X X  
X X X X

O referido é verdade e dou fé.

Cocal (Fi), 15 de dezembro de 1999



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE Piauí  
COMARCA DE Batalha  
MUNICÍPIO DE Batalha  
DISTRITO DE Batalha

Maria de Lourdes Machado Neto

Oficial Edilza do Registro Civil

**Certidão de Nascimento**

CERTIFICO que, às fls. 386 do Livro A 48, sob N.º de  
Ordem 10.656 foi lavrado o assento do nascimento de Joana Amorim da  
Pinto, sendo 1ª deste prenome e 1ª na ordem da filiação  
do sexo feminino, sem monstro, nascida no dia 16 de abril de  
mil novecentos e oitenta e quatro (16.04.1984)  
às 10 horas e 00 minutos, em Gamela desta

filha de João Pereira da Costa, primeiro casado

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

Sendo avós paternos Antônio das Neves Costa

e Dona Francisca Carvalho da Moura

e avós maternos Sebastião Neves Costa

e Dona xx

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

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

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

CARTÃO Nº 10 2ª. Oficial

Ass. da Tabelião M. Neto  
IABELIA

O referido é verdade e dou fé.

FECHA - 1987  
Tabelião JOSÉ CYRILINO

Batalha 19 de junho de 1987





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

**CERTIDÃO DE ÓBITO**

NOME  
**JOSÉ PEREIRA DA COSTA**

MATRÍCULA  
140624 01 55 2018 4 00144 021 0028291- 11

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

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	BRANCA	CASADO, 60 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
VIÇOSA DO CEARÁ-CE	RG: 2007843958-0 SSP-CE CPF nº 1548988073.	SM
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA		
FILIAÇÃO: ANTONIO DAS NEVES COSTA e FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO		
RESIDÊNCIA: POVOADO GAMELEIRA, ZONA RURAL, COCAL-PI		
DATA E HORA DE FALECIMENTO	DIA	MÊS
VINTE E OITO DO MÊS DE JANEIRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZOTO ÀS 18:45	28	01
LOCAL DE FALECIMENTO	ANO	
NO HOSPITAL ESTADUAL DIRCEU ARCOVERDE, PARNABA-PI	2018	
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 AMORIM DA COSTA	
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO		
CHARLES PITTER ANDRADE SANTOS - 2484 PI		
OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES		
TESTAMENTO: NÃO. BENS A INVENTARIAR: NÃO. DEIXA FILHOS: SIM. JOELMA, MARIA JOVANA, MARIA ELZEUDA, ANTONIO EUDES.		
CÔNJUGE: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA. "NADA HÁ A RESSALVAR"		

NOME DO OFÍCIO: 1º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL  
ORIGINAL: MARIA AUXILIADORA FURTADO SALUZ  
MUNICÍPIO: PARNABA-PI  
ENDEREÇO: RUA HUMBERTO DE CAMPOS Nº 826 CENTRO-NORTE

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

*Luíza Alves Machado*  
\_\_\_\_\_  
LUÍZA ALVES MACHADO  
Escritor Autorizada



ARPENBRASIL AA 00839627 RRP



7. ಇಂತಹ ಒಂದು ಕಾರ್ಯದ ವಿವರಣೆ - 15 ಅಕ್ಷರಗಳಿಂದ  
ಇಲ್ಲಿ ಉಪಯೋಗಿಸಬಹುದಾದ ಸಂಖ್ಯೆ 2000:

14.99

ROT: 135.705.13.06.004500

**NORMA**

26

PERÍODO	CONTRIB	30 A R\$	0,198517	S,88
FEB/18	17 A R\$ <td>0,342040</td> <td>5,81</td>	0,342040	5,81	
MAR/18	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		2,47	
ABR/18	DIFERENÇA DE TARIFA		15,53	
MAY/18	SUBVENCAO BAIXA RENDA		14,80	

BARBARA SOW TRIPLETT:  
F O B 50 - 0.149723  
J A H 47 - 0.325388

Intensificarea activitatii de distributie comerciala va avea un rol deosebit de important in dezvoltarea activitatii de productie si de servicii. Cea mai mare problema in dezvoltarea activitatii de distributie comerciala este lipsa de mijloace financiare si de tehnica necesara pentru dezvoltarea activitatii de distributie comerciala. Pentru a rezolva aceasta problema, este necesara dezvoltarea activitatii de distributie comerciala prin intermediul activitatii de productie si de servicii.

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

RECEIVED AG PSOS: A57E.4134,ACCE,AGAA,9EB2,E7FF,3521,A751

Despesas	14,13	Despesa Unica	
Energia	2,22	Aluguel Casas	
Transporte	2,25	Aluguel do Terreno	0,22
Aluguel	1,27	Aluguel PIS	1,05
		Salario do PIS	

3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00
3,00			3,00			3,00

401/2518



**Eletrobras**  
DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA

Para contato com a  
Eletrobras, infatue  
este número



3º da Nota Fiscal 003475244

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ  
Av. Maranhão, 784 - Centro - Belém - PA  
CNPJ nº 07.040.888/0001-90  
Inscrição Estadual nº 15.040.888-01  
Inscrição Municipal nº 1.040.888-01

A Contá Social da Eletrobras - TCE-PA  
pelo nº 10.850.125 de 20 de maio de 2008

MARCO/2018

28/03/2018

50

35,72

MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA  
ST SÍTIO DOS PEREIRAS 0 B-RURAL  
CPF: 00000781091322  
CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDA

ROT: 136.705.14.20.194500

Atual:	5609	Isol.	21/03/2018
Anterior:	5559	Anterior:	20/02/2018
Consumo de Multiplicação:	1,000	Próximo (mês):	20/04/2018
Consumo médio:	50	Exatidão:	19/03/2018
Consumo Padrão:	50	Apresentação:	21/03/2018

Classificação:	Uso:	Número de Contas:	Contas por	Mês 12 meses
REGIÃO: 11	MONO	100000	1-1-1	60

FEV/17	49	CONSUMO	0 A R\$ 0,50177 =	29,07
JAN/18	56	CONTR. ILUMINAC) PUB. (COSTP)		6,03
DEZ/17	55	MULTA POR ATRASO 02/18-00		0,55
NOV/17	70			
OUT/17	71			
SET/17	67			
AGO/17	64			
JUL/17	57			
JUN/17	61			
MAI/17	64			

TARIFA DE TRANSMISSÃO  
0 A R\$ 0,50177

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PARÁ - GOVERNO FEDERAL  
CONTA DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA - 277A E LITRONGUETA  
LIGUE 0800 080 080 V. PARA O PARÁ DEB. NENHO 1-9 40 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 19/03/2018, não constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESUMO DO MÊS 4832.0000.5400.CAC9 0397.DSD1.5F03.8758

Resumo do Mês	7,92	Resumo do Mês	
Energia:	15,04	Resumo do Mês	
Transmissão:	2,36	Resumo do Mês	
Distribuição:	2,39	Resumo do Mês	
Aluguel:	1,36	Resumo do Mês	
		Valor de Venda	0,24
		Valor de Venda	1,12

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

01/2018

0,00





**Eletrobras**  
Distribuição Paulista

Para contato com:  
Eletrobras, informe  
nos 0800-000000

0567808-0

CONHEÇA PRESTADOR DO PLANO  
Se você não sabe qual é o seu plano, consulte o site  
www.eletrobras.com.br ou ligue 0800-0000000  
Para saber mais sobre o plano, consulte o site  
www.eletrobras.com.br ou ligue 0800-0000000

CPF de Renda: 003404951

A Tarifa Social do Plano Básico de Tarifa Social  
pode ser solicitada até 31 de março de 2018.

MARÇO/2018

27/03/2018

47

14,99

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA  
PV GANELEIRA 0 B-RURAL

CPF: 000/3003123300

CEP: 64.235-000 - POV. JACARANDA

ROT: 135.705.13.06.004500

Atividade	11617	Atividade	20/03/2018
Ano de início	11570	Ano de início	19/02/2018
Consumo de Material	1,000	Consumo de Material	19/04/2018
Consumo de Material	47	Consumo de Material	16/03/2018
Consumo de Material	47	Consumo de Material	20/03/2018

NORMAL

29

Nome do Cliente	Endereço	Telefone	Porte	Grupos	Endereço	Endereço
RESID. BA RENDA	NONO	AS04462		1.4.1.1		62.

Mês	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
FEV/18	57	CONSUMO	30 A R\$	0,199517		5,98
MAI/18	58	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	17 A R\$	0,342040		5,81
DEZ/17	58	DIFERENCA DE TARIFA				2,47
NOV/17	58	SUBVENCAO BAIAX RENDA				15,53
OUT/17	61					14,80
SET/17	71					
AGO/17	62					
JUL/17	67					
JUN/17	78					
MAR/17	70					

PARA SEU TELEFONE:  
0 A 9 - 0,199517  
1 A 9 - 0,342040

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

Informamos que o valor de R\$ 19,62, referente ao débito de R\$ 19,62, foi pago em 12/2014, conforme comprovante de pagamento em anexo. Caso não tenha recebido o comprovante, por favor, entrar em contato com a Central de Atendimento ao Cliente (0800-0000000) para solicitar o mesmo.

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

RESUMADO DO FICHO AS7E.4134.ACCE.A9AA.0EB2.E7FF:3521.A751

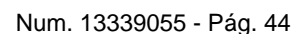
Descrição	Valor	Descrição	Valor
Energia	14,13	Valor do Consumo	0,22
Taxa de Distribuição	2,22	Valor do PIS	1,05
Outras	2,25		
Total	1,27		

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

03/2018

0,00



[illegible]





Nº da Nota Fiscal 022058048  
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEL é concedida pelo Lei nº 20.338 de 28 de Junho de 2002.

MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA  
ST SITO DOS PEREIRAS 0 8-RURAL  
CPF: 00000781091322  
CEP: 64.235-000 - LOCAL

<b>Forma de Edificação:</b>	<b>NORMAL</b>	<b>Código de Irregularidade:</b>	<b>Código de Condição:</b>
<b>Chama Submissa:</b>	<b>Loteamento</b>	<b>Nome do Loteado:</b>	<b>Código Pol.</b>
	<b>A10A2795</b>		<b>1.1.1.1</b>

<b>RESIDENCIAL</b>		<b>MUNICÍPIO DE BERNARDINO DE SIQUEIRA</b>	
<b>HISTÓRICO DA</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>56 A R\$ 0,866602 =</b>	<b>48,57</b>
<b>ÁGUA EM CUBITOS</b>			<b>7,60</b>
ABR/19 56	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)		0,90
MAR/19 51	CORRECAO MONETARIA IG 04/19-00		0,90
FEV/19 55	MULTA POR ATRASO 04/19-00		0,00
JAN/19 57	JUROS POR ATRASO 04/19-00		0,00
DEZ/18 53	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,40	
NOV/18 67			
OUT/18 75			
SET/18 56			
AGO/18 56			
JUL/18 49			
TAXA P/ SOT			
0,25 - 0,622500			

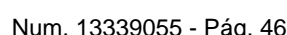
Declaramos quitos debitos desta UC na data de 2019  
LTQUE 0800 036 0300 E PACA DPLAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Praibens! Ata a dia 20-05-2019, nao constatamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

RESENDAO ADISCO 0093.4C76.930B.8A4F.6594.EBCF.F87F.892C

COMPANHIA S.A. CONTAS		Banco de Calcutta		48,52	37,85
Disposições:	10,21	Alíquota ITCMS:	22,00%		
Estatopis:	19,70	Alíquota ICMS:			10,67
Transmissões:	3,33	Valor em R\$:	1,40%		0,53
Encargos:	1,63	Valor em R\$:	6,49%		2,45
Outros:	13,65				

INDICADORES DE EFICIÊNCIA									
Índice	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Índice de Eficiência	7,66	15,33	30,65	3,86	7,73	15,45	4,31		
Índice de Qualidade	0,00			0,00			0,00		









**cepisa**  
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 06.410-740/0001-00 | Ins. Estadual: 19.201.380-5  
Nota Fiscal / Conto de Energia Elétrica - 00700-1  
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ do Piauí

Para consulta  
consulte o inform  
9330 NÚMERO

**CEPIS**  
021844173

Nº da Nota Fiscal: 021844173

A Conta Social de Energia Elétrica - TSEE foi emitida  
pelo LSP 10.456 de 26 de mar/2019 de 2019

**Consumo**  
VENCIMENTO: 23-05-2019  
CONSUMO: 145  
TOTAL A PAGAR (R\$): 106,20

JOELMA AMORIM DA COSTA  
PV CAMPESTRE 0 DE BAIXO 8-RURAL  
CPF: 0000078089300  
CEP: 64.235-000 - COCAL

ROT: 155.305.33.82.381000

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	10887	Atual:	16/05/2019
Anterior:	10742	Anterior:	16-04-2019
Constante de Multiplicação:		Próxima Leitura:	14-06-2019
Consumo Medido:	145	Emissão:	14-05-2019
Consumo Faturado:	145	Apresentação:	16-05-2019
Forma de Faturamento:	NORMAL	Classe de Regularidade:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Classe/Modo de Consumo	MONO
Número Medidor	A1105036
Preço	Código Fm. Média 12 meses
RESID. BX. RENDA	1.4.1.1 134

HISTÓRICO DE CONTAS	
CONSUMO	30 A R\$ 0,289157 = 8,67
	70 A R\$ 0,495897 = 34,69
	45 A R\$ 0,743533 = 33,45
CONTR. ILUMINAÇÃO PÚB. (COSIP)	12,13
DIFERENÇA DE TARIFA	42,98
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	30,89
CORREÇÃO MONETÁRIA ICMPH (2X)	0,89
MULTA POR ATRASO (2X)	3,13
JUROS POR ATRASO (2X)	1,15
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	0,46

**NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM**  
Declaramos quitados todos os débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09).  
LIGUE 0800 086 8800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25  
Parabéns! Até o dia 14-05-2019, não constamos faturas vencidas  
nessa Unidade Consumidora.

Reservado ao Fisco: C2B5.432F.9177.6FF0.8031.F792.BAC8.2012

DISTRIBUIÇÃO DA CONTRIBUIÇÃO	
Distribuição:	25,19
Energia:	48,64
Transmissão:	8,22
Encargos:	4,02
Tributos:	33,72

IMPOSTOS E TAXAS	
Base de Cálculo:	119,79
Alíquota ICMS:	22,00%
Valor do ICMS:	26,35
Valor do PIS:	1,31
Valor do COFINS:	6,06

MONTANTES DE CONTABILIDADE	
Débito	7,66
Crédito	0,00
Saldo	7,66

ROT: 155.305.33.82.381000

**cepisa**  
COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI  
CEP: 06.410-740/0001-00 | Ins. Estadual: 19.201.380-5

SEU CÓDIGO: 0947198-7  
MÊS FATURADO: 05/2019  
VENCIMENTO: 23-05-2019

TOTAL A PAGAR - R\$: 106,20

Nº da Nota Fiscal: 021844173 - FCM

83650000001 0 06200017000 1 000000000947 2 19870519008 2



## DECLARAÇÃO DO CÔNJUGE

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA, portador / a da Carteira de Identidade / RG nº 1.234.707 SSP-PI, CPF nº 730.031.233-00, residente na POV. GAMILLEIRA S/Nº ZONA RURAL, declaro em sã consciência que convivia, na condição de **cônjuge**, com JOSE FERREIRA DA COSTA (nome da vítima de acidente coberto pelo **Seguro DPVAT**), até a data do seu falecimento.

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

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

Cidade e data: PARNALBAPÍ, 02 DE MAIO DE 2018

Maria Edileuza Amorim da Costa

Assinatura do Cônjuge



### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

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

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE(*)	RG	CPF
1. MARIANE DILEUZA AMORIM DA COSTA ESPOSA		1234707	73003123300
2.			
3.			
4.			
5.			

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

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

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

PARNAIBA, PI 07/05/2018

LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.			
2.			

#### DADOS DE TESTEMUNHAS

2	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.				
2.				

#### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

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

Declaração de Únicos Herdeiros - Seguradora Líder DPVAT SAC DPVAT 0800 022 1204 [www.dpvatseguredotransito.com.br](http://www.dpvatseguredotransito.com.br)



### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOSE PEREIRADA COSTA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 22 / 11 / 17, faleceu em 28 / 01 / 18, no estado civil de CASADO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE(*)	RG	CPF
1. JOELMA AMORIM DA COSTA	FILHA	4.577.010	007.808.993-00
2. MARIA JOVANA AMORIM DA COSTA	FILHA	2003028004120	007.810.913-22
3. MARIA ELIZEUDA AMORIM DA COSTA	FILHA	3.230.211	047.492.963-92
4. ANTONIO EDEDES 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.

PARNALBA - PI 07/05/2018  
LOCAL E DATA

Joelma Amorim da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNALBA - PI 07/05/2018  
LOCAL E DATA

Maria Jovana Amorim da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNALBA - PI 07/05/2018  
LOCAL E DATA

Maria Elizeuda Amorim da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

PARNALBA - PI 07/05/2018  
LOCAL E DATA

Antonio EdeDES Amorim da Costa  
ASSINATURA DO DECLARANTE

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

NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Maria Edileuza Amorim da Costa</u>	<u>1.234.707</u>	<u>730031233-00</u>	<u>Maria Edileuza Amorim da Costa</u>
2. <u>Ida Costa</u>			

#### DADOS DE TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Maria de Jesus Chaves de Sá</u>	<u>256.844</u>	<u>673.849.333-53</u>	<u>Maria de Jesus Chaves de Sá</u>
2. <u>Jose Francisco de Brito</u>	<u>3535864</u>	<u>041.742.85368</u>	<u>Jose Francisco de Brito</u>

#### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007443958 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/08/2010

NOME  
**JOSE PEREIRA DA COSTA**  
 FILIAÇÃO  
**ANTONIO DAS NEVES COSTA**  
**FRANCISCA CARVALHO DO NASCIMENTO**  
 NATURALIDADE  
**VIÇOSA DO CEARÁ - CE** DATA DE NASCIMENTO  
**14/10/1957**

DOC. ORIGIN  
 CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 794 FOLHA: 55 LIVRO: 8-15  
 COCAL - PI  
 CPF  
 RG: ANT: 168268-81

1 VIZ  
 ASSINATURA DO DIRETOR  
 Nº 7.118 DE 20/06/10

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 PERÍCIA FOMENTE DO ESTADO DO CEARÁ  
 COORDENAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO POLÍCIA E PERÍCIA BIOMÉTRICA

Polgar Direto

*JOSE PEREIRA DA COSTA*

CARTÃO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*JOSE PEREIRA DA COSTA*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
**JOSE PEREIRA DA COSTA**

DATA DE NASCIMENTO 14/10/1957 Nº INSCRIÇÃO 0154 8435 1820 D.V. ZONA 003 SEÇÃO 0044

MUNICÍPIO / UF  
 COCALPI DATA DE EMISSÃO 03/05/2017

JUIZ ELEITORAL  
*Jorge Luis de Santoro*

PRESIDENTE DO TRE-PI

CÓDIGO DE CONTROLE  
 FFE4.D055.246B.D8F9



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

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Ministério da Fazenda  
 Receita Federal  
 COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
 154.698.698-73

Nome  
 JOSE PEREIRA DA COSTA

Nascimento  
 14/10/1957



**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO DE IDENTIDADE: 1.234.707 DATA DE EMISSÃO: 02/03/17

NOME: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

NÚMERO: SEBASTIANA NEVES COSTA

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

CPF: 230.031.233-0

CERT. CASAM: 794 L 15 F 35

EXP. COCAL-PI: 19/05/10

1071843

LEI Nº 7.116 DE 20.04.88 - DECRETO Nº 69.250/83

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

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

1071843

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTERA DE IDENTIDADE**

**PRESEAR DIREITO**

1071843

ASSINATURA EM IMAGEM DIGITAL DO ELEITOR

**TÍTULO ELEITORAL** **IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA**

NOME DO ELEITOR: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO: 01/01/1963 Nº de Registro: 0396.7831 0728

MUNICÍPIO/UF: COCAL/PI

19/05/2017

**PRESIDENTE DO TRE-PI**

Este documento é a comprovação de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, sendo que o CPF não é necessário para a emissão de documentos de identificação.

1071843

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

Emitida em: 02/11/94

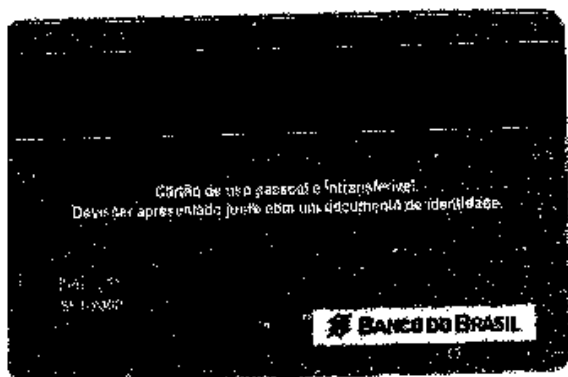
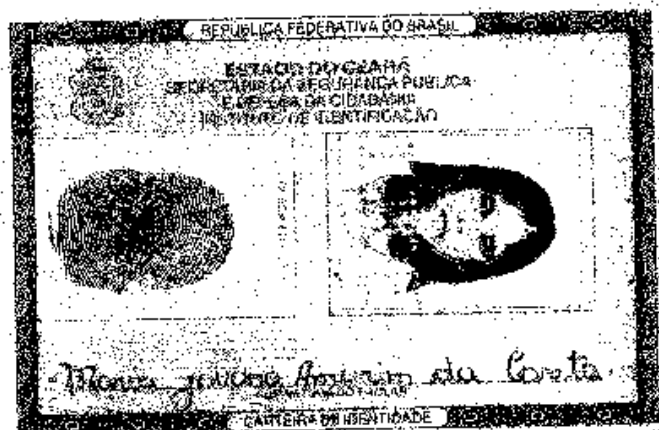
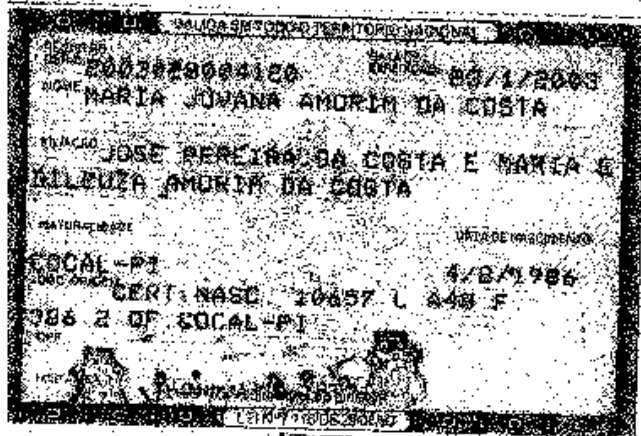
**MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria do Fisco

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome: MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

Nº de Inscrição: 730031233-00 Data de Nascimento: 01/01/63







**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 4.577.010 DATA DE EMISSÃO 10/04/17

NOME JOELMA AMORIM DA COSTA

PAISAGEM MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA  
JOSE PEREIRA DA COSTA

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

DIG. ORDEM CERT. NASC. 10610 L A48 F 186

CPF EXP. COCAL-PI 19/01/87

007.308.993-04 Francisco das Chagas Pinheiro Soares  
1071070

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83 - DECRETO Nº 89.240/83

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

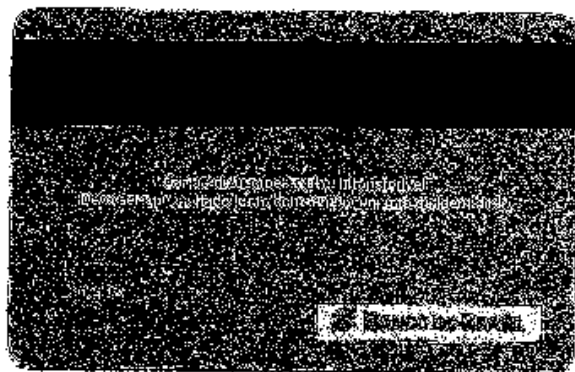
**GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ**  
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO JOÃO BEZUS MARTINS

*Joelma Amorim da Costa*

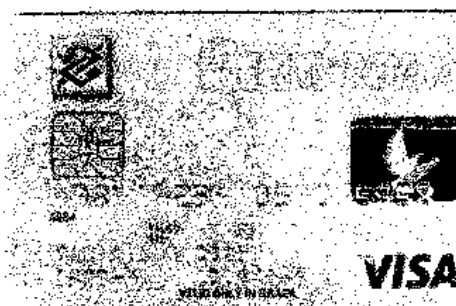
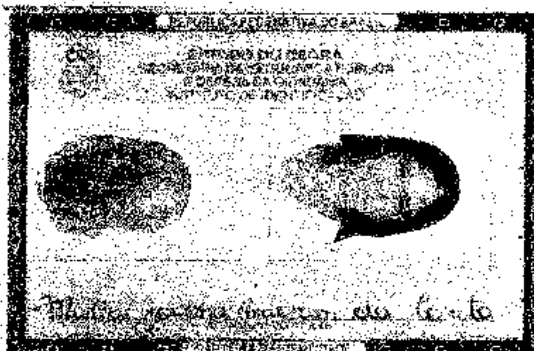
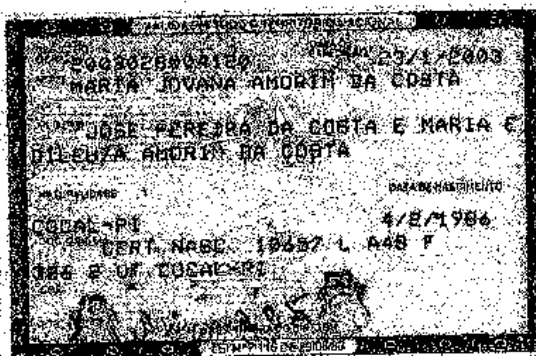
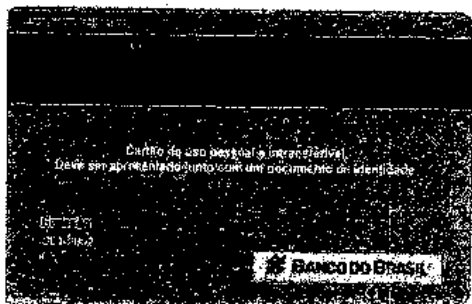
1071070

SIGNATURA DO TITULAR

**CARTÃO DE IDENTIDADE**





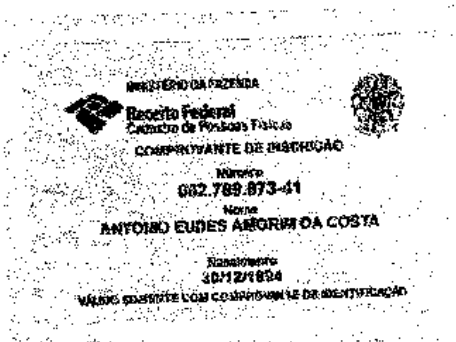
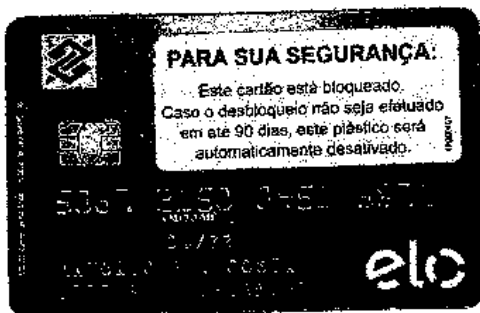
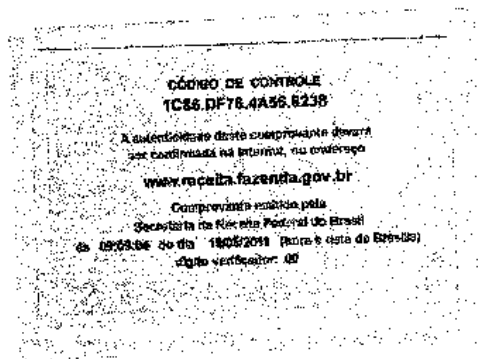


01777-9

13248-9







1777-9

16-852-3



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.587.801 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/04/17

NOME ANTONIO LUIZES AMORIM DA COSTA

ELABORADO MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

JOSÉ PEREIRA DA COSTA

NACIONALIDADE COCAL-PI DATA DE NASCIMENTO 30/12/1994

DDC ORIGEM CERT. NASC. 22218 L A58 E 262V

EXP. COCAL-PI 15/12/99

002.789.873-41

1071874

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 69.250/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE DEPENDÊNCIA - JOÃO DE SAUS MARTINS

ANTONIO LUIZES AMORIM DA COSTA

1071874



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.577.010 DATA DE EMISSÃO 10/04/17

NOME JOELMA AMORIM DA COSTA

FILIAÇÃO MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA  
JOSÉ PEREIRA DA COSTA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
COCAL-PI 18/04/1984

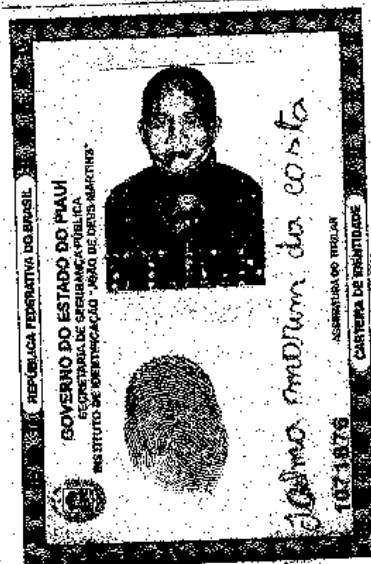
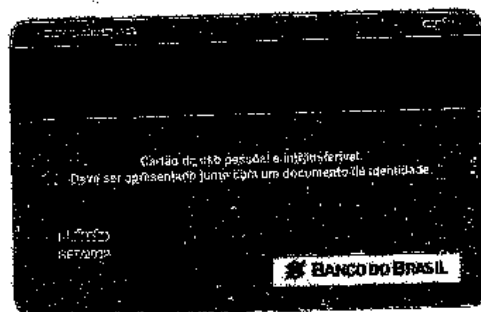
DOC. ORIGIN CERT. NASC. 10656 1 148 5 1886

CPF EXP. COCAL-PI 19/01/87



007.808.993-00

1071876

LEI Nº 7.116 DE 19/06/85 - DECRETO Nº 09.290/83



## Mensagem

De	<b>Nennuh Bessah</b> <Nennuh Bessah josefranciscobessa@gmail.com>	Contato	<b>23/05/2019 08:52:04</b>
Para	<b>faleconosco@segurado...</b> <faleconosco@seguradoralider.com.br>;	Leitura	<b>23/05/2019 08:56:43</b>
Cc		Recebimento	<b>23/05/2019 08:56:43</b>
Assunto	<b>Protocolo 24849966</b>	Prioridade	<b>BAIXA</b>
	 <b>B.O morte_2.jpg</b> (189 kb)  <b>B.O morte_1.jpg</b> (355 kb)		
Anexos		Status	<b>Classificado</b> <b>23/05/2019 14:43:48</b>

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







MINISTÉRIO DO EXÉRCITO  
18  
RM

CERTIFICADO DE DISPENSA DE INCORPORAÇÃO

25<sup>a</sup> CSM

Nº 586505

SÉRIE O



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

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



Jose Pereira da Costa  
(Assinatura do dispensado)

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

OUTROS DADOS:

Profissão: Armadador  
Residência: Bairro - ...  
Situação especial (\*)

Em caso de convocação deve apresentar-se imediatamente.

Fortaleza-CE 01 Jul 80

(local e data)

(Assinatura do Comandante ou Chefe)

EDGARD GONÇALVES  
TEN. CEL. CH. 3ª SEÇÃO


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



6

## QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome JOSÉ PEREIRA DA COSTALoc. Nasc. BURITI VICOSA DO CEARÁEst. CEARÁ Data 14 / 10 / 57Filiação ANTONIO NEVES DA COSTAE FRANCISCA CARVALHO DONASCIMENTOEst. Civil SOLTEIRO Doc. N° 1.129Fls. 113 Liv. 320 Reg. Civil NASC.Outro doc. CARTÓRIO COCAL PIAUISituação Militar: Doc. C.D.L.N° 586505 Órgão 25ª CSN Est. CEARÁ

Naturalizado Dec. N° ..... Em ...../...../.....

## ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em .....

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

Estado .....

Obs. ....

Data Emissão 07.08.80 DRT CEARÁ

Assinatura do Funcionário

MINISTÉRIO DO TRABALHO  
SECRETARIA DE EMPREGO E SALARIO

CARTEIRA DE TRABALHO / PREVIDENCIA SOCIAL

Série 00004-CE

22-06-80

Polegar Direita

Número 046369Assinatura do Portador  
José Pereira da Costa

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

	<b>SINDICATO DOS TRABALHADORES RURAIS AGRICULTORES(AS) FAMILIARES DE COCAL - PI</b>
	<p>Órgão sind. de 1º grau Lei 4214 de 02/03/63-Carta ass. Exmoº Sr. Min do Trab e Prev Social  Reg. no Órgão Federal: 8420100 Fund:27/05/1972  Cnpj:07.244.411/0001-71  AV. RAIMUNDO ALVES PEREIRA, 225  COCAL-PI Cep:64.235-000  Tel:(86) 3362-1244 Fax:(86) 3362-1593</p> <p>Ficha 9488</p> <p><i>Jose Pereira da Costa</i></p> <p><b>JOSE PEREIRA DA COSTA</b></p> <p><i>Assinatura</i></p> <p>Assinatura do Presidente ou Representante Legal</p>



Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A  
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br  
Rua da Assembleia, 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 Nº DY 096967019 BR

Prezado (a) Senhor(a),

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder Administradora do Seguro DPVAT

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

MCSF  
Anexo: conf. texto

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



# SEGURO DPVAT – PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



## COBERTURA SOLICITADA

☒ MORTE ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSÉ PEREIRA DA COSTA

DATA DO ACIDENTE 22.11.17 POSSUI CPF ☒ SIM ☐ NÃO Nº CPF 154.698.698-73

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

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

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

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

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

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

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) \_\_\_\_\_

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

E-mail \_\_\_\_\_ Tel: 9543-0331

Data: 30/05/2018 Assinatura: Edilson da Costa

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

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

Atendente RAMUNDO HELOEN RAFAEL LOPES Matrícula 8377-926-4

Data: 30/05/2018 Assinatura: Raimundo Helton Rafael Lopes



# FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE OCORRÊNCIA DO SAMU

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



 <b>FETAG-PI</b> FEDERAÇÃO DOS TRABALHADORES NA AGRICULTURA DO ESTADO DO PIAU AV: FREI SERAFIM 1884 - CENTRO TERESINA-PI - CEP: 64001-02		<b>ECT</b>	
PAGÁVEL SOMENTE NAS AGÊNCIAS DO CORREIOS APÓS 30 DIAS, SÓ RECEBER COM AUTORIZAÇÃO DO S.T.R		1 - Data Vencimento <b>30/08/2002</b>	2 - Exercício <b>2002</b>
3 - Nome do Sindicato <b>S T R DE COCAL</b>		4 - Código da Parcela <b>2002.050.2113-8</b>	
Destinatário			
5 - Nome <b>MARIA EDILEUSA DE AMORIM DA COSTA</b>		8 - Profissão <b>LAVRADOR(a)</b>	
6 - Endereço <b>GAMELEIRA DOS COSTA</b>		7 - Complemento endereço	
8 - Bairro	9 - Cidade <b>Cocal</b>	10 - UF <b>PI</b>	11 - CEP <b>64235-000</b>
Grupo Família (Dependentes): <u><b>José Pereira da Costa</b></u> <u><b>Joelma Amorim da Costa</b></u> <u><b>Maria Elizeuda Amorim da Costa</b></u> <u><b>Antonio Eudes Amorim da Costa</b></u>		13 - CPF <b>1.234.707</b> 000.000.000-00 <del>1.682.68-81</del> <b>CONTRIBUIÇÃO CONFEDERATIVA</b> 14 - Valor <b>R\$ 20,00</b>	





## 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

Títular do CPF: JOSE PEREIRA DA COSTA

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Outros

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento  
Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### Portador da documentação entregue

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

---

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

ALAN SILVA DE OLIVEIRA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187247/19

Número do Sinistro: 3190359481

Vítima: JOSE PEREIRA DA COSTA

Data do acidente: 22/11/2017

CPF: 154.698.698-73

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE PEREIRA DA COSTA

Seguradora: SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Outros

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento  
Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

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

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### Portador da documentação entregue

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

---

MARIA EDILEUZA AMORIM DA COSTA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

ALAN SILVA DE OLIVEIRA

