

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Nº Sinistro: 3180298620

Vitima: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Data do Acidente: 02/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180298620**.

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

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13056040



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Nº Sinistro: 3180298620

Vitima: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Data do Acidente: 02/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180298620**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Rio de Janeiro, 01 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180298620

Vítima: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Data do Acidente: 02/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Nº Sinistro: 3180298620

Vitima: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Data do Acidente: 02/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180298620**.

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

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13056040



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
Nº Sinistro: 3180298620
Vitima: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
Data do Acidente: 02/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180298620**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

Rio de Janeiro, 01 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180298620

Vítima: JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Data do Acidente: 02/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI: 706 876 234. 48 CPF da Vítima: 706 876 234. 48 Nome completo da vítima: Jose Luis Francisco Pereira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta		Profissão
<u>Jose Luis Francisco Pereira</u>	<u>706 876 234. 48</u>		<u>agrimensor</u>
Endereço	Número	Complemento	
<u>Sítio Barro de Fátima</u>	<u>SN</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Área Rural</u>	<u>Alagoinha</u>	<u>Pernambuco</u>	<u>58390000</u>
E-mail	Telefone (DDD)		
	<u>993360689</u>		

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

☐ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

0042

D/V

CONTA

60251

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

D/V

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobrança de um 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.

Jose Luis Francisco Pereira 15 de abril de 2018
Local e Data

Jose Luis Francisco Pereira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474
OUVIDORIA 0800 725 7474

100-696273740-1

10/ABR/2018

HORA DE 10:44:50

LOT: 13.04037-0

IFRM: 058179

LOCALIDADE: GUARABU

AB. VINCULADA: 001

CONTROLE: 158519535

DEPOSITO EM FAVOR DE

0042 013 00060251-6

JOSEI D F PEREIRA

VALOR

0,00

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

100-696273740-1

1ª VIA

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

28 JUN. 2018



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00613.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00613.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:08 horas do dia 02 de abril de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Joselio Francisco Pereira**, CPF nº 706.876.234-48, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria das Neves Odilonda Silva e Severino Francisco Pereira, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 05/04/1998 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Barro de Fátima, Nº SN, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Ig. do Barro, na cidade de Alagoinha/PB, telefone(s) para contato (83) 99336-0688.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 063, Perto da Granja de Dodó, Alagoinha/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 02/06/17 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN, VERDE, 1997/1997, PLACA MNE2114/PB, CHASSI 9C2JC250VVR127594, registrada em nome de SEVERINO FRANCISCO PEREIRA, quando perdeu o controle ao desviar de um buraco na via, vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JUAN JAIME ALCOBIA ARCE, CRM 3323/PB, DATADO DE 18.09.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi em veículo particular no dia 03.06.2017; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.

João Pessoa/PB, 02 de abril de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
Noticiante



CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
28 JUN. 2018

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

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

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

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

Nome Completo da Vítima: Joselio Francisco Pereira CPF da Vítima: 706.876.234-48 Data do Acidente: 03-06-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____

E-mail: _____ Telefone (DDD): _____

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

Joselio Francisco Pereira 15 de abril de 2018
Local e Data

Joselio Francisco Pereira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

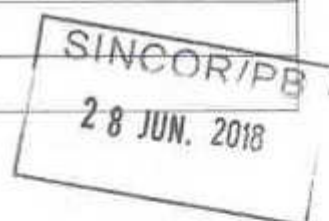
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Josélio Francisco Pereira,

RG nº 4206693, data de expedição 19/11/18, Órgão SSP/PB.

CPF nº 706870234-48 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Barros de Fátima</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Alagoimha</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58390000</u>
Telefone de Contato	<u>993360688</u>
E-mail	



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 15/04/18

Assinatura do Declarante: Josélio Francisco Pereira

CONFERIDO COM O ORIGINAL

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é substitutivo de recibo

Receita, para efeitos de pagamento, deve ser emitida pelo cliente. Nº 008.736.129



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 75 - Trato: Rendimento - João Pessoa - PB - CEP 54071-000
CNPJ 08.005.183 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.825-0

DADOS DO CLIENTE

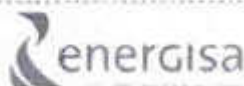
SEVERINO FRANCISCO PEREIRA
SIT BARRO S/N
ALAGONHA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1548785-3

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2018	18/05/2018	70	25/05/2018	R\$ 25,90

Acesse: www.energisa.com.br



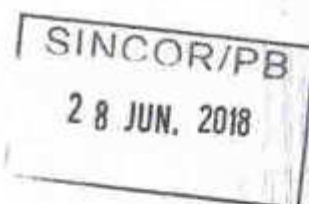
RECEBUE 82-1

SEVERINO FRANCISCO PEREIRA

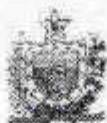
Roteiro: 10-042-736-5000

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 23/05/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
25/05/2018	R\$ 25,90	1548785-2018-05-2



CONFERIDO COM O ORIGINAL



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Joselio Francisco Perira
DATA DE NASCIMENTO	05/04/98
NOME DA MÃE	Maria das Neves Odilon da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	102344	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1004789	CONFERIDO COM O ORIGINAL
DATA DO ATENDIMENTO	03/06/17	
HORA DO ATENDIMENTO	09:13	
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto	
DIAGNÓSTICO (S)	Luxação acromioclavicular D.	
CID 10	S43.1	

SINCOR/PB

28 JUN. 2018

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, encaminhado de Guarabira, vítima de queda de moto, com queixa dor em ombro direito, sem outras queixas. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de luxação acromioclavicular D.

ALTA HOSPITALAR:	16/06/17
DATA DA EMISSÃO:	18/09/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.206.693 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/11/2013

NOME JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

FILIAÇÃO SEVERINO FRANCISCO PEREIRA
MARIA DAS NEVES ODILON DA SILVA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 05/04/1998

DOC ORIGEM

NASC.N.16605 FLS.24V LIV.A17
CARTORIO ALAGOINHA PB

CRF 706.876.234-48

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO P-062

JOSELIO FRANCISCO PEREIRA
ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE
42D5.C0A6.5AA4.D943

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 09:58:32 do dia 19/11/2013 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas 

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
706.876.234-48

Nome
JOSELIO FRANCISCO PEREIRA

Nascimento
05/04/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CONFERIDO COM O ORIGINAL