

Audiências Email - Reinaldo Filho - Outlook Consulta processos - Processo 0800850-81.2019.8.18.0162 - Pr Baixar o arquivo | iLovePDF

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

PJ PJEC 0800850-81.2019.8.18.0162

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA X SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS

8210447 - CONTESTAÇÃO (2689790 CONTESTACAO 01) Juntado por EDNAN SOARES COUTINHO - ADVOGADO em 06/02/2020 10:34:58

06 Feb 2020

JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO

8210239 - CONTESTAÇÃO

8210447 - CONTESTAÇÃO (2689790 CONTESTACAO 01)

8210450 - Documentos (2689790 CONTESTACAO Anexo 02)

8210453 - Documentos (Anexo 03 subitos procuracao compressada)

8210452 - Documentos (GARTA DE PREPOSTOS)

8210454 - Documentos (SUBSTABELECIMENTO)

22 Jan 2020

EXPEDIÇÃO DE AVISO DE RECEBIMENTO (AR)

7988602 - Citação

08 Dec 2019

downloadBinario.seam 1 / 8

JOÃO BARBOSA ADVOGADO ASSOCIADO

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º 08008508120198180162

PT 10:35 06/02/2020

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO ÚNICO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL DA COMARCA DE TERESINA/PI

Processo n.º **08008508120198180162**

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que seu ente querido, **FRANCISCO MARQUES FONTENELE**, foi vítima de acidente automobilístico ocorrido em 07/04/2018, o que acarretou no seu óbito.

No presente caso, não foi comprovada pela parte autora a NEGATIVA da Seguradora Ré do requerimento extrajudicial, com referência ao pagamento da indenização securitária, sendo, portanto, indevido o ajuizamento da presente ação.

Ademais, de acordo com o art. 5º, §1º, da Lei nº 6.194/74, a regulação do sinistro deve ser realizada no prazo de 30 dias pela seguradora mediante a apresentação pelo segurado dos documentos que o parágrafo do dispositivo menciona.

ADEMAIS, CUMPRE RESSALTAR QUE, REQUERIDA A INDENIZAÇÃO ADMINISTRATIVAMENTE, A RÉ EFETUOU O PAGAMENTO DE R\$2.250,00 AO SR. MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE, R\$2.250,00 AO SR. RICARDO

DE ARAUJO FONTENELE E R\$2.250,00 AO SR. RENATO ARAUJO FONTENELE, SOMANDO A MONTA DE R\$6.750,00.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015^[1], prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DA FALTA DE INTERESSE DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendencia, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inérgia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)"

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inherência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

CARÊNCIA DE AÇÃO - FALTA DE DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(AUTO DE NECRÓPSIA / LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO – IML / BOLETIM DE OCORRÊNCIA).

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT a indenize pelo suposto falecimento de seu ente no acidente noticiado.

A RÉ DEMONSTRARÁ A SEGUIR QUE A PARTE AUTORAL CARECE DA AÇÃO POR NÃO TER FEITO A COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL DA SUA PRETENSÃO.

A lei é clara, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos, quais sejam:

"Art. 5º(...)

§1º(...)

a) Certidão de óbito, registro da ocorrência policial competente e a qualidade de beneficiários no caso de morte;

§3º Não se concluindo na certidão de óbito o nexo de causa e efeito entre a morte e o acidente, será acrescentada a certidão de auto de necropsia, fornecido diretamente pelo Instituto Médico Legal, independente de requisição ou autorização da autoridade policial ou da jurisdição do acidente

Ademais, o artigo 5º da Resolução CNSP nº 07/97, repetindo praticamente o que dispõe a lei, assim disciplina:

"Caso seja detectada falha de ordem formal em um dos documentos mencionados nos artigos 2º e 4º, ou a existência de indícios de fraude, deverá a seguradora, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, a contar do recebimento da documentação,

notificar o interessado com “aviso de recebimento”, solicitando os documentos ou esclarecimentos necessários à elucidação do assunto.”

Constata-se que não há nos autos o Laudo do Instituto Médico Legal certificando, com a exatidão que a lei determina a *causa mortis* da vítima como sendo oriunda de acidente automobilístico noticiado.

Também não foi apresentado boletim de ocorrência atestando como adveio o suposto sinistro.

Essa prova documental incumbe à parte Autora, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 333, I, do CPC.

Dessa forma, como a certidão de óbito não informa que houve acidente de trânsito, não poderia a parte autora pleitear indenização a título de seguro obrigatório, DPVAT, pelo falecimento de seu ente querido, ainda, que lhe tenha causado dor, pois o seguro DPVAT tem requisitos legais a serem obedecidos os quais são alegados ao longo da peça processual que ora se apresenta.

DO MÉRITO

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA

DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO E DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A RÉ INFORMA A NECESSIDADE DE SER OUVIDA, PESSOALMENTE, A PARTE AUTORA SOBRE OS FATOS NARRADOS NA INICIAL HAJA VISTA QUE A PARTE AUTORA DEIXA DE APRESENTAR BOLETIM DE OCORRÊNCIA E BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO, DOCUMENTOS ESSENCIAIS PARA ATESTAREM O NEXO CAUSAL ENTRE O SUPOSTO ACIDENTE E A MORTE DA VÍTIMA.

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre os fatos alegados, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos, requer o depoimento pessoal da parte autora.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

AUSÊNCIA DE DOCUMENTOS MÉDICOS/ AUSÊNCIA DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA/DOCUMENTOS CONTEMPORÂNEOS COMPLEMENTARES/ NÃO CONSTA ACIDENTE DE TRÂNSITO NA CERTIDÃO DE ÓBITO

A Lei que regula a indenização pleiteada pela Autora é a Lei n.º 6.194/74, modificada pelas Leis 8.441/92 e 11.482/07. Estas leis determinam que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a morte e o acidente noticiado.

EM QUE PESE A PARTE AUTORA TER JUNTADO AOS AUTOS A CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO HÁ ELEMENTOS CAPAZES DE COMPROVAR QUE A VÍTIMA TERIA FALECIDO EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO.

CUMPRE SALIENTAR QUE NA CERTIDÃO DE ÓBITO NÃO CONSTA A INFORMAÇÃO DE QUE O DE CUJUS TERIA FALECIDO EM DECORRÊNCIA DO SUPOSTO SINISTRO:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS



CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

MATRÍCULA

078980 01 55 2018 4 00105 260 0055989- 67

(LIVRO C: 105 TERMO: 55989 FOLHA: 260)

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE	ELETOR
MASCULINO	PARDA	CASADO, 64 ANOS	SIM
NATURALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
BURITI DOS LOPES-PI		RG- 218.487 SSP-PI CPF nº 26939959300.	
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA			
FILIAÇÃO: FRANCISCO MOREIRA FONTENELE e ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE			
RESIDÊNCIA: AVENIDA PREFEITO HUGO BASTOS, Nº 7021, BAIRRO VALE QUEM TEM, TERESINA-PI			
DATA E HORA DE FALECIMENTO		DIA MÊS ANO	
DOZE DO MÊS DE ABRIL DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 16:20		12 04 2018	
LOCAL DE FALECIMENTO			
HUT- HOSPITAL ZENON ROCHA TERESINA-PI			
CAUSA DA MORTE			
INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, EDEMA CEREBRAL, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE, TUBERCULOSE PULMONAR.			

EXA., APESAR DA PARTE AUTORA TER JUNTADO A CÓPIA DA CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA, NÃO FICOU COMPROVADO QUE A MORTE DA VÍTIMA DECORREU DO ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

Ademais, a parte autora não apresenta qualquer boletim de atendimento médico ou boletim de ocorrência atestando que sequer ocorreu o acidente alegado.

CUMPRE-SE RESSALTAR AINDA QUE A PARTE AUTORA NÃO JUNTOU NENHUM DOCUMENTO CONTEMPORÂNEO AO SINISTRO, DEIXANDO AINDA DE APRESENTAR A CERTIDÃO DO AUTO DE NECROPSIA / LAUDO CADAVÉRICO.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supra transcrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373, I, do CPC.

No caso em apreço, não obstante dispensável a verificação do elemento culpa, mormente por se tratar de um seguro cuja responsabilidade é objetiva, é imprescindível a verificação de nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e o dano fatal, sob pena de inviabilizar a indenização prevista na Lei 6194/74.

DESTARTE, COMO NÃO HÁ COMPROVAÇÃO CABAL DO NEXO CAUSALIDADE ENTRE A MORTE E O SUPOSTO ACIDENTE NOTICIADO, DEVERÁ SER A IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO É A MEDIDA QUE SE IMPÕE.

DA PLENA VIGENCIA DA LEI 11.482/07

ALTERAÇÃO DO ART. 4º DA LEI 6.194/74

Cumpre salientar que na data de 31 de Maio de 2007, entrou em vigor a Lei 11.482/07, que alterou a Lei 6.194/74 e a Lei 8.441/92. Em seu art. 8º, encontra-se especificado os novos valores a serem adotados, no que tange à indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT4.

Destaque-se ainda, que a Lei 11.482/07 modifica a forma de pagamento a ser realizado aos beneficiários legais e o mesmo art. 8º da referida Lei, alterou o art. 4º da Lei 6.194/74, no sentido de que a indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 do Código Civil 5.

Desta forma, resta indiscutivelmente comprovado que a verba indenitária deve ser rateada entre todos os beneficiários da vítima.

Reiterando que o valor indenizável para a cobertura de evento morte é de R\$ 13.500,00 (Treze mil e quinhentos reais), verifica-se que o valor deve ser dividido entre todos os beneficiários da vítima.

Portanto, para que a autora possa receber o valor referente ao Seguro Obrigatório DPVAT, deve comprovar a qualidade de única beneficiária.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação6.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação.

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar máximo de 15% (quinze por cento), nos termos do § 1º Art. 1º da Lei nº 1.060/50.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil, às hipóteses de casos de “fácil” instrução.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (Dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Requer a Ré o acolhimento das preliminares suscitadas.

Ante o exposto, requer a Ré a improcedência da ação, tendo amplamente demonstrado o total descabimento da presente demanda, nos exatos termos do artigo 487, inciso I, do CPC.

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida, a correção monetária na forma da fundamentação da peça de bloqueio e horários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10%, consoante a previsão do art. 11, § 1º, da Lei 1.060/50.

Protesta, ainda, por todo o gênero de **provas** admitido em direito, especialmente documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da parte autora para que esclareça:

- Queira o autor esclarecer se é o único beneficiário da vítima ou tem conhecimento da existência de outros herdeiros;
- Queira o autor esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial;
- Se tem ciência de algum pagamento administrativo referente ao sinistro em tela;

PARA FINS DO EXPRESSO NO ARTIGO 106, INCISO I, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, REQUER A RÉ QUE TODAS AS INTIMAÇÕES SEJAM ENCAMINHADAS AO ESCRITÓRIO DE SEUS PATRONOS, SITO NA RUA SÃO JOSÉ, Nº 90, GRUPO 810/812, CENTRO, RIO DE JANEIRO-RJ, CEP: 20010-020 E QUE AS PUBLICAÇÕES SEJAM REALIZADAS, EXCLUSIVAMENTE, EM NOME DO PATRONO EDNAN SOARES COUTINHO, INSCRITO SOB O Nº 1841/PI, SOB PENA DE NULIDADE DAS MESMAS.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

TERESINA, 13 de agosto de 2019.

**EDNAN SOARES COUTINHO
1841 - OAB/PI**

SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/PI 10201, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o nº 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa dos advogados **EDNAN SOARES COUTINHO**, inscrita na OAB/PI sob o nº 1841 e **HERISON HELDER PORTELA PINTO**, inscrito na OAB/PI sob nº 5367 , ambos com escritório à RUA BARROSO, N.º 646 – CENTRO/NORTE – TERESINA/PI, os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA**, em curso perante a **ÚNICO JEC** da comarca de **TERESINA**, nos autos do Processo nº 08008508120198180162.

Rio de Janeiro, 5 de fevereiro de 2020.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PI 10201

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINA MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

MATRÍCULA
078980 01 55 1974 2 00006 219 0001254- 68

(LIVRO B: 5 TERMO: 1254 FOLHA: 219)

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

FRANCISCO MARQUES FONTENELE, BRASILEIRO, NASCIDO EM BURITI DOS LOPEZ-PI, EM VINTE (20) DO MÊS DE JUNHO (06) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E TRÊS (1953), FILHO DE FRANCISCO MOREIRA FONTENELE E ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE.

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NASCIDA EM CAMPO MAIOR-PI, EM NOVE (09) DO MÊS DE JANEIRO (01) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E CINCO (1955), FILHA DE ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA.

DATA DE REGISTRO POR EXTESSO

PRIMEIRO DO MÊS DE NOVEMBRO DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E SETENTA E QUATRO

DIA MÊS ANO
01 11 1974

REGIME DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/AVERAÇÕES

CUMPRINDO O DISPOSTO NO ARTIGO DA LEI 6.015/73, COMUNICO-VOS QUE NO LIVRO C- 106, FLS- 260, SOB O NÚMERO 55988, FOI REGISTRADO O ASSENTO DE ÓBITO DE FRANCISCO MARQUES FONTENELE. DATA DO ÓBITO 12/04/2018.

NOME DO ÓFICIO: 3º ÓFICIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAUJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO

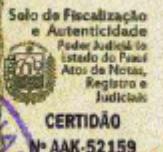
Encolamentos pagos	Cartório	Fornecido	Selo	Total R\$
2ª Via de casamento, com averbação, além da busca	33,68	6,57	0,25	30,88

2ª VIA

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dado N.
Data e local: TERESINA, PI, 23 de Abril de 2018.

Assinatura do Oficial

IVone Araujo Lages
Oficiala Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina - PI



CERTIDÃO
Nº AAK-52159



ARSENALBRASIL AA 009272986 BRP

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RENATO ARAUJO FONTENELE

Nº Sinistro: 3180476558

Vitima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180476558**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de únicos herdeiros informadas incorretas

A documentação deve ser entregue na **MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A**, 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



Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: RENATO ARAUJO FONTENELE

Nº Sinistro: 3180476558

Vitima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro **3180476558**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Morte é de R\$ 13.500,00 e será pago aos legítimos beneficiários, 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

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Carta nº: 13592874

A/C: RENATO ARAUJO FONTENELE

Nº Sinistro: 3180476558
Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE
Data do Acidente: 08/04/2018
Cobertura: MORTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RENATO ARAUJO FONTENELE

Valor: R\$ 2.250,00

Banco: 237

Agência: 000002120-2

Conta: 000000530457-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br

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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

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

Comprovante de residência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

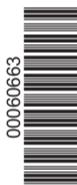
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

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.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 14 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

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.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

Valor: R\$ 2.250,00

Banco: 104

Agência: 000002004

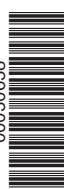
Conta: 0000089416-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Recebedor: RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

Valor: R\$ 2.250,00

Banco: 104

Agência: 000000855

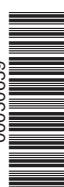
Conta: 00000112981-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Data do Acidente: 08/04/2018

Cobertura: MORTE

Procurador: JOSUE SILVA NEVES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do seu comprovante de residência, pois não foi entregue.
Declaração de únicos herdeiros	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto dos Dados Cadastrais e da Declaração de Únicos Beneficiários, sem rasuras, pois o entregue está incompleto/incorrecto.

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

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 pagamento.

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

10 OUT. 2018

RECEBIDO

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 (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").

Nome da vítima no ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

269.399.593.00

FRANCISCO MARCENEIRO FONTELE

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF	Profissão
Renato Azevedo Fontenele	012.477.613.20	MARCENEIRO
Endereço	Telefone	Complemento
Avenida Prefeito Hélio Bazzo	7021	
Centro	Estado	CEP
Itaí do Pará	PF	64057.390
		Telefone: (060)
		1861 99522-5672

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RENDIMENTO INFERIOR	SEM RENDA
R\$ 3.000,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 7.000,00

CONTA POUPANÇA (Só tenho conta em bancos abaixo. Assinale uma opção):
 BRASIFAC (237) | BANCO DO BRASIL (001) | ITAU (441)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

AGÊNCIA CONTA DIA

BANCO	AGÊNCIA	CONTA
BRASIFAC	2120	2.0530457.1
AGÊNCIA	Nº	DIA
237	2	01

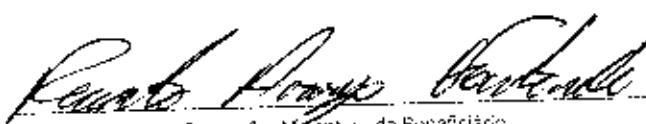
Informar se existir | Informar se existir | Informar se existir

Informar se existir | Informar se existir | Informar 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. Assim, efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Teresina 26 de Setembro de 2018

Lugar e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURODOR
BBMAFPRE



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 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 de Sinistro ou ASL

CPF da vítima

269.399.593-00 FRANCISCO MARQUES Fontenelle

Nome completo da vítima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF/título da conta	Profissão
Renato Araujo Fontenelle	012.447.613-20	MARceneiro
Endereço	Número	Complemento
Av. Francisco Hugo Bastos	7021	
Bairro	Estado	CEP
Vale Dourado	PI	64054-350
Email	Telefone (DDD)	
renato.modulados@gmail.com	(86) 99522-5672	

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 de comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

BRADESCO (23/1) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.º: DV: CONTA N.º: DV:
(Inserir dígitos se existir) (Inserir dígitos se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO: N.º: DV:
BRADESCO 137

AGÊNCIA N.º: DV: CONTA N.º: DV:
(Inserir dígitos se existir) (Inserir dígitos se existir)

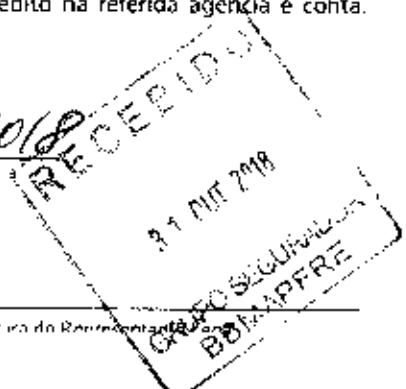
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do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

Francisco 16 de outubro de 2018
Local e Data

Renato Araujo Fontenelle

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal





Bradesco

00000000000000000000000000000000



5090 0030 7302 1101

01/22 2020 05204571 01 00

RENATO ARAUJO PONTENELA

elo

RECEBIDO
31/07/2018
GRUPO SEGURANÇA
BANAMEIRA



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 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 ASL **3180476558** | CPF da Vítima **269.399.593-00** | Nome completo da vítima **Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle	CPF/Lítilular da conta 026.374.673-60	Profissão motorista
Endereço RUA 36 BARREO VELHO	Número 1089	Complemento
Bairro Uma Onobuai	Cidade Fezesina	Estado PR
Email 	Telefone (DDD) (41) 99544-1066	CEP

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

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDRAL (104)

AGÊNCIA NRO.

2004

D/V

CONTA NRO.

013 00089416-7

D/V

(Inserir dígito se existir)

CONTA-CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

(Inserir)

NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

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

Francisco 13 de Novembro de 2018

Local e Data

13 DEZ. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle

Fórum 1 - Assinatura do Beneficiário

Fórum 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 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 ASL
3180476558

CPF da Vítima
269.399.593.00

Nome completo da vítima
Francisco Araújo Fontenelle

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Araújo Fontenelle	CPF titular da conta 003.896.113.01	Profissão Artesano
Endereço Rua Major Manuel Lopes	Número 1753	Complemento
Bairro Morungaba Sol	Cidade Teresina	Estado PI
E-mail 	CEP 64.056.363	Telefone (DDD) 081 38146-6625

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

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0855** DV **013** CONTA NRO. **00112981-4** DV
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ MIO _____

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

13 DEZ. 2018

Francisco 13 de Novembro de 2018

Local e Data

RECEBIDO

**GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE**

Francisco Araújo Fontenelle

Firmas 1 - Assinatura do Beneficiário

Firmas 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 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 ASL **3180476558** | CPF da Vítima **269.399.593-00** | Nome completo da vítima **Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle	CPF/Lítilular da conta 026.374.673-60	Profissão motorista
Endereço RUA 36 BARREO VELHO	Número 1089	Complemento
Bairro Uma Onobuai	Cidade Fezesina	Estado PR
Email 	Telefone (DDD) (41) 99544-1066	CEP

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

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

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDRAL (104)

AGÊNCIA NRO.

2004

D/V

CONTA NRO.

013 00089416-7

D/V

(Inserir dígito se existir)

CONTA-CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

(Inserir)

NRO.

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V

AGÊNCIA NRO.

2004

D/V

CONTA NRO.

013 00089416-7

(Inserir dígito se existir) (Inserir dígito se existir)

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

Tenesina 13 de novembro de 2018

Local e Data

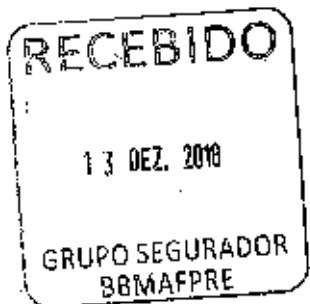
13 DEZ. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Francisco Antônio Rodrigues Fontenelle

Fórum 1 - Assinatura do Beneficiário

Fórum 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 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 ASL
3180476558

CPF da Vítima
269.399.593.00

Nome completo da vítima
Francisco Araújo Fontenelle

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Francisco Araújo Fontenelle	CPF titular da conta 003.896.113.01	Profissão Artesano
Endereço Rua Major Manuel Lopes	Número 1753	Complemento
Bairro Morungaba Sol	Cidade Teresina	Estado PI
E-mail 	CEP 64.056.363	Telefone (DDD) 081 38146-6625

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

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

- BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **0855** DV **013** CONTA NRO. **00112981-4** DV
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
Nome _____ MIO _____

AGÊNCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
(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 efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

13 DEZ. 2018

Francisco Araújo Fontenelle

Local e Data

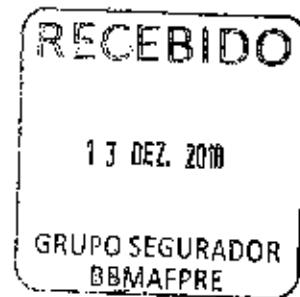
RECEBIDO

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

Francisco Araújo Fontenelle

Firmas 1 - Assinatura do Beneficiário

Firmas 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 <https://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 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 ABL: **3180476558** CPF da Vítima: **269.399.593.00** Nome completo da vítima: **Francisco Marques Fontenelle**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF	Profissão
MARCUS antônio rani rodrigues fontenelle	626.874.683,60	funcionário
Endereço	Número	Complemento
Rua maton manuel Lopes 1753	1753	
Bairro	Estado	CEP
maracaja do Sol	PI	64.056.363
Email	Telefone (DDD)	
	86 98146-6625	

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (251) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (541)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. **2004** DV **013** CONTA NRO. **00089416-7**
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO
 Nome _____ NRO. _____
 AGENCIA NRO. DV CONTA NRO. DV
 (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 Sequro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Francisco, 10 de Janeiro de 2019

Local e Data

marcos antônio rodrigues fontenelle

Carimbo 1 - Assinatura do Beneficiário

Carimbo 2 - Assinatura da Seguradora Lider

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:
31080476558

3 - CPF da vítima:
26939959300

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO MARQUES FONTELE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

6 - CPF:
035.814.343-85

7 - Profissão:
RECLCLADORA

8 - Endereço:
RS ngico, s/n, qd-aa, bl-08, ap-601

9 - Número:
s/n

10 - Complemento:
PI

11 - Bairro:

PORTAL DA ALEGRIA

12 - Cidade:
TERESINA

13 - Fazenda:
PI

14 - CEP:
64037-430

15 - E-mail:

josuencves80@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

RECEBIDO
16 SET 2019
Seguradora Líder DPVAT

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço constante informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, informar uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0578

CONTA: 00011869

4

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de mina titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quinze (15) dias do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IM) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 39, § 5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao seu referido conteúdo, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data de óbito da vítima: 12/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Víma de seu companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima é filha de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Víma: Sim Não

29 - Se tem filhos, informar

teve filhos?

Não

Sim

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

30 - Víma deixou

residência familiar?

Sim

Não

31 - Víma teve intérss?

Sim

Não

32 - Se tem irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

Sim

Não

33 - Víma deixou

país/está vivo?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estarão sujeitos, ainda, de que qualquer emissão da documentação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impossível
digitar
o nome
do beneficiário
na documentação

35 - Nome legível de quem assina a foga/á pedido

36 - CPF legível de quem assina a foga/á pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a foga/á pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TERESINA, 29 DE AGOSTO DE 2019

Lucia maria Rodrigues de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL			
INSTITUTO GERAL	2.042.024	DATA DE EXPEDIÇÃO	11/10/18
NOME: JOSUÉ SILVA NEVES			
FILIAÇÃO: MARIA ALDEIDE SILVA NEVES JUAREZ CORDEIRO NEVES			
NATURALIDADE: IGARAPÉ GRANDE-MA	DATA DE NASCIMENTO: 20/05/1980		
D.N.C. 014408 CERT. NASC. 23678 L 42 F 108 EXP. IGARAPÉ GRANDE-MA 23/01/14 C.R. 643.121.353-04			
LEI N° 7.116 DE 29/06/83 - DECRETO N° 89.250/83			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

MATRÍCULA
078980 01 55 1974 2 00006 219 0001254- 68

(LIVRO B: 5 TERMO: 1254 FOLHA: 219)

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

FRANCISCO MARQUES FONTENELE, BRASILEIRO, NASCIDO EM BURITI DOS LOPEZ-PI, EM VINTE (20) DO MÊS DE JUNHO (06) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E TRÊS (1953), FILHO DE FRANCISCO MOREIRA FONTENELE E ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE.

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NASCIDA EM CAMPO MAIOR-PI, EM NOVE (09) DO MÊS DE JANEIRO (01) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E CINCO (1955), FILHA DE ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA.

DATA DE REGISTRO POR EXTESSO

PRIMEIRO DO MÊS DE NOVEMBRO DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E SETENTA E QUATRO

DIA MÊS ANO
01 11 1974

REGIME DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/AVERAÇÕES

CUMPRINDO O DISPOSTO NO ARTIGO DA LEI 6.015/73, COMUNICO-VOS QUE NO LIVRO C- 106, FLS- 260, SOB O NÚMERO 55988, FOI REGISTRADO O ASSENTO DE ÓBITO DE FRANCISCO MARQUES FONTENELE. DATA DO ÓBITO 12/04/2018.

NOME DO ÓFICIO: 3º ÓFICIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAUJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO

Encolamentos pagos	Cartório	Fornecido	Selo	Total R\$
2ª Via de casamento, com averbação, além da busca	33,68	6,57	0,25	30,88

2ª VIA

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dado N.
Data e local: TERESINA, PI, 23 de Abril de 2018.

Assinatura do Oficial

IVone Araujo Lages
Oficiala Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina - PI



ARSENALBRASIL AA 009272986 BRP
SISTEMA INTEGRADO DE AUTENTICAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO PÚBLICA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES EXTERIORES

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE

MATRÍCULA
078980 01 55 2018 4 00105 260 0055989- 87
(LIVRO C: 105 TERMO: 55989 FOLHA: 260)

RECEBIDO

10 OUT. 2016

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

SEXO
MASCULINO

COR
PARDA

ESTADO CIVIL E IDADE
CASADO, 64 ANOS

NATURALIDADE

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

BURITI DOS LOPEZ-PI

RG-218.487 SSP-PI CPF nº 26939958300

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

FILIAÇÃO: FRANCISCO MOREIRA FONTENELE E ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE
RESIDÊNCIA: AVENIDA PREFEITO HUGO BASTOS, N° 7021, BARRA VALE QUEM TEM, TERESINA-PI

DATA E HORA DE FALECIMENTO

DOZE DO MÊS DE ABRIL DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 16:20

DIA MÊS ANO
12 04 2016

LOCAL DE FALECIMENTO

HUT- HOSPITAL ZENON ROCHA, TERESINA-PI

CAUSA DA Morte

INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, EDEMA CEREBRAL, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE, TUBERCULOSE, PULMONAR.

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (NÚMERO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)
CEMITÉRIO SANTO ANTONIO, EM TERESINA-PI

DECLARANTE
RENATO ARAÚJO FONTENELE

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO
JOÃO BOSCO PARENTES VIEIRA - 1399 PI

OBSERVAÇÕES/AMERBAÇÕES

SEM INFORMAÇÃO

NOME DO ÓRGÃO: 3º ÓRGAO DO REGISTRO CIVIL

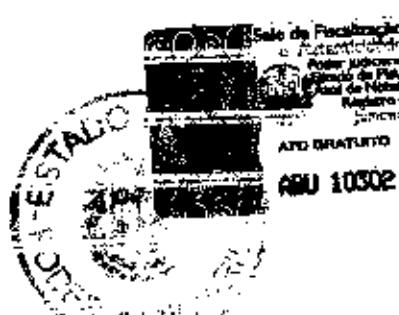
ÓRGÃO: 3º ÓRGAO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dado e
Assinado e local: TERESINA-PI, 23 de Abril de 2016.

Marcelo Lacerda Araújo Lages
Oficial da Substituição
3º Oficial do Registro Civil
Teresina - PI



ARPENBRASIL AA 009272983 BRP

Dados do Chamado	01 Nº do chamado 1103	02 Data do chamado 08/09/2018	03 PRO (código) 2905	04 Saída do PA 1920	05 Chegada ao local 1940	
Local da Ocorrência	06 Saída do local 1103	07 Chegada ao 1º hospital 2032	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital		
Dados do Paciente	10 Endereço Av. Ipiranga	11 Bairro Bairro Santo	12 Município-UF Teresina-PI	Código IBGE		
	13 Ponto de referência Posto Ipiranga					
	14 Nome Fábio Marques Fontenele	15 Sexo 1- Masculino 2- Feminino 9- Ignorado				
	16 Idade 65	1- Dia 2- Mês 3- Ano 9- Ignorado	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? Se idade ignorada, preencha com 999	1- Sim 2- Não 9- Ignorado		
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência 01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espancamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica	06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico	11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares	16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado		
Exame Físico	19) Vítima 1- Pedestre 2- Condutor 3- Passageiro 9- Ignorado	20) Meio de locomoção 1- A pé 2- Automóvel 3- Motocicleta 4- Bicicleta	21) Outra parte envolvida 1- Automóvel 2- Motocicleta 3- Ônibus/Micro-ônibus 4- Bicicleta	22) Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>		
Assistência	23) Glasgow = 15	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4- Espontânea 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	24) Sinais Vitais Pulso <input type="checkbox"/> Resp. <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> TAX. <input type="checkbox"/> SatO2 <input type="checkbox"/>	25) Local da lesão	
Hospital de Gestão	26) Pupilas 1- Iguais <input type="checkbox"/> 2- Desiguais <input type="checkbox"/>	27) Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1- Cheio <input type="checkbox"/> 2- Fino <input type="checkbox"/> 3- Ausente <input type="checkbox"/>	28) Sangramento <input type="checkbox"/> 1- Sim <input type="checkbox"/> 2- Não <input type="checkbox"/>	29) Dor <input type="checkbox"/> 0 Sem Dor <input type="checkbox"/> 1 Leve <input type="checkbox"/> 3 Moderada <input type="checkbox"/> 7 Intensa <input type="checkbox"/> 10	30) ESCALA DE DOR DE 0 A 10 Fratura 1-Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> 3-Despacho <input type="checkbox"/>	
Observações Interdisciplinar	<p>Paciente sonolento, trazia em face, escoriações em m/ST, suspeito a bebida alcoólica.</p> <p>O mesmo relatou ser 645</p>					RECEBIDO 10 OUT. 2018 GRUPO SECUR BBM AFPR Mário Vélosso Contente Gerente Administrativa SAMU
	31) Procedimentos realizados (1- Sim 2- Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/> c) <input type="checkbox"/>					
	32) Hospital de Destino HNT					
	33) Condições de entrada 1-Melhorado <input type="checkbox"/> 2-Piorando <input type="checkbox"/> 3-Inalterado <input type="checkbox"/>		34) Óbito 1-Sim <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes de socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>			
	<p>Paciente sonolento, trazia em face, escoriações em m/ST, suspeito a bebida alcoólica.</p> <p>O mesmo relatou ser 645</p>					
	<p>CONFIRA COM O ORIGINAL Mário Vélosso Contente Gerente Administrativa SAMU</p>					
	Socorristas Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> AEPE <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Responsável pela recepção <input type="checkbox"/>		Reginaldo			

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02004

CONTA: 000000089416-7

Nr. da Autenticação AD4430C1AF99981F

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RICARDO DE ARAUJO FONTINELLE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000112981-4

Nr. da Autenticação 2BE161EC63CB4169

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.250,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RENATO ARAUJO FONTENELE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02120-2

CONTA: 000000530457-1

Nr. Autenticação

BRADESCO9112018050000000002370212000000530457225000 PAGO

CONSUMO DE ENERGIA - 21/08/2018
CÓDIGO DE LEITURA: 1049
DATA DE LEITURA: 21/08/2018
DATA DE VENCIMENTO: 28/08/2018
VALOR TOTAL: R\$ 92,29
VALOR PAGO: R\$ 92,29

DATA DE LEITURA: 010089291
DATA DE VENCIMENTO: 28/08/2018
VALOR TOTAL: R\$ 92,29

AGOSTO/2018

28/08/2018

1049

92,29

RENATO ARAUJO FONSECA
AV HUGO BASTOS 7021 LOTE: 02 CASA 16/1 VALE QUEM TEM
CPF: 00001247761320
CEP: 64.057-390 - TERESINA

DADOS DA LEITURA:		VALOR:	DATA:
Leitura	1049		21/08/2018
Leitura	1007		19/07/2018
Consumo Mínimo	1.000		21/09/2018
Consumo Mínimo	42		20/08/2018
Consumo Faturado	100	FCAM	22/08/2018

MÍNIMO

DADOS DA UNIDADE DE CONSUMO/DOA:		VALOR:	DATA:
Comercial	TRI	D185928	3.1.3.3 53

LISTA DE VLR:		DETALHAMENTO:	VALOR:
JUL/18	43	CONSUMO 100 A R\$ 0,831277 =	83,12
JUN/18	52	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSTP)	7,25
MAR/18	45	CORRECAO MONETARIA TG 07/18-00	0,14
ABR/18	64	MUITA PDR ATRASO 07/18-00	1,67
MAR/18	65	JUROS DE MORA DE IMPO 07/18-00	0,11
FEV/18	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,99
JAN/18	0		
DEZ/17	0		
NOV/17	0		
OUT/17	0		
TARIFA SEM TRIBUTOS:			
100 - R\$ 8,684000			

MENSAGEM INFORMATIVA / AVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 0800 086 0890 E FAÇA O PRAZO VENCIMENTO 15/10/2018
PARA PAGAR SEM JUROS, MULTAS E COBRANÇAS
NADA DE MAIS

REC. N.º DA FICOU: 6832_11EF_8C1A_AB80_279D_6945_6106_C69E

DETALHAMENTO DA LEITURA:		VALOR:
1049	17,26	
1007	32,79	
MÍNIMO	5,15	
FCAM	5,22	
	22,70	

INDICAÇÕES DE CONTINUIDADE:

5,08 10,15 20,30 3,43 6,85 13,70 2,86
0,00 0,00 0,00

TERESINA 08/2018 29,16

Eletrobras
Distribuição e Serviços

1559661-3

92,29

MES. CORRENTE: 08/2018

VENCIMENTO: 28/08/2018

DATA DE NOTA FISCAL: 010089291

FCAM

RECEBIDO

10 OUT 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

SEQ.: 00125 UC: 1559661-3 DT.LEIT.: 21/08/2018 T.ENTR.: 01
LEITURA: 1049 MÍNIMO TOTAL: 92,29 CARGA: 027
DT.VENC.: 28/08/2018 ERREG.: 600 COLETOR: 2241



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI
CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5
Área Fiscal: Centro de Serviços Elétricos - Série R-1
Região: Centro - Superintendência Regional: 0102/0001

Nº da Nota Fiscal 015534665
A Série Social de Energia Elétrica - SSE é criada
periódica nº 10.000 de 26 de outubro de 2002

CONTAS NEIS	VENCIMENTO	LOTE/UNID. (L.U.)	TOTAL A PAGAR (R\$)
01/01/2019	30/12/2018	2018	20,04

FRANCISCA DAS CHAGAS ARAUJO SA
R. RJ MANDEL LOPES 1753 1753 HORADA DO SOL
CEP: 04055-253/261230
CEP: 64.056-365 - TERESINA

BANDEIRA AMARELA		DATA DE LITURA	
Alta	2660	Alta	24/12/2018
Amarela	2660	Amarela	26/11/2018
Consumo de Multa (R\$)	1.000	Interv. Litura	22/01/2019
Consumo Médico	0	Entrega	21/12/2018
Consumo Padrão	0	Apresentação	24/12/2018

DETALHAMENTO DA CONSUMO					
Consumo	Média	Número Medidor	Período	Código Ref.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONS	41073746	2018-12-31	72	
HISTÓRICO ANUAL					
NOV/18	74				
DEZ/18	36				
SET/18	30				
AGO/18	38				
JUL/18	38				
JUN/18	38				
MAR/18	128				
ABR/18	127				
MAR/18	113				
FEV/18	233				
TOTAL ID. TRIMESTRAL					
2.9 30 - 0-51.565					

DETALHAMENTO DE FATORES DE CONSUMO					
Mês/Ano	Valor R\$	Unidade	Descrição	Unidade	Valor R\$
NOV/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
DEZ/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
SET/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
AGO/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
JUL/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
JUN/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
MAR/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
ABR/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
MAR/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00
FEV/18	0,64	24	Unidade	Unidade	0,00

DETALHAMENTO DE CONTABILIZAÇÃO					
COMPRAÇÃO DE CONTA - R\$					
Utilização	3,27				
Impressão	9,97				
Energia	1,56				
Transporte	1,58				
Impressão	1,58				
Alíquota	1,66				
IMPORTE TOTAL DE CONTA - R\$					
Base de Conta					
Alíquota ICMS					
Valor do ICMS					
Valor do IR					
Valor do COFINS					

5,31	16,63	21,25	3,36	6,73	19,45	3,03
0,00			0,00			0,00
CONTRIBUIÇÃO SATELITE						
10/12/2018						8,75

SEU CÓDIGO 0441732-1 **TOTAL A PAGAR - R\$** 20,04

MES PAGUEADO 01/01/2019 **VENCIMENTO** 30/12/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

SEU CÓDIGO 0441732-1 **TOTAL A PAGAR - R\$** 20,04

MES PAGUEADO 01/01/2019 **VENCIMENTO** 30/12/2018

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020000000 + 20040017000 3 00000002441 6 7311210006

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Presidente Dutra - Centro/CE - Teresina - PI

CNPJ: 00.8640.746/0001-69 | Inscrição Estadual: 19.301.761-5

03020

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necesário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados corretamente e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário ou, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as linhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: **FRANCISCO MARQUES Fontenelle** | CPF: **269.399.593-00** | Data do óbito: **12/04/2018**
 Estado Civil: **Seu marido** | Teve filhos? **Sim** | Se tinha filhos, informar: **Nº vivos: 0 | Nº falecidos: 0** | Deixou herdeiro? **Sim** | Deixou companheiro(a)? **Sim** | Se deixou companheiro (a), informar nome completo: **Francisco J. S. Fontenelle**
 C: Sim | N: Não

DECLARAÇÃO

Declaro que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
 Estou ciente de que, caso este declaração não traduz a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração ao artigo 299 no Código Penal. Por ser a expressão de verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo.

CPF:

Nome completo:

Local/data:

Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o(a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo.

CPF:

Nome completo:

Local/data:

Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: **Renato Araujo Fontenelle** | Grau de parentesco com a vítima: **FILHO** | CPF: **012.477.613-20**
 Local/data: **26/04/2018** | Assinatura do Herdeiro Legal: **Renato Araujo Fontenelle**
 Local/data: **26/04/2018** | Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):

Nome completo: _____ | Grau de parentesco com a vítima: _____ | CPF: _____

Local/data:

Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: _____ | Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ | Grau de parentesco com a vítima: _____ | CPF: _____

Local/data:

Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: _____ | Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ | Grau de parentesco com a vítima: _____ | CPF: _____

Local/data:

Assinatura do Herdeiro Legal:

Local/data: _____ | Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

RECEBIDO

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:

WANIL AMORIM MENDES

CPF:

009.393.283-99

Assinatura:

Wanil Amorim Mendes

2 - Nome completo:

Marie Spaventa dos Reis Souza

CPF:

007.332.583-01

Assinatura:

Marie Spaventa dos Reis Souza

Local/data: **26/09/18**

GRUPO SEGURADOR

BBMAEPRE



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes de preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os direitos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. é necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários devem ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 a receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	FRANCISCO MARCOS Fontenelle	CPF:	269.399.593-00	Data do óbito:	72/04/2018
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	<input type="checkbox"/> Demais nascituros <input type="checkbox"/> N° vivos: 3 <input type="checkbox"/> N° falecidos: 0 <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Deixou companheiro(a)?	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:			

DECLARAÇÃO

Declaro que as pessoas abaixo listadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência de acidente de trânsito.
 Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduz a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por intrusão ao artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

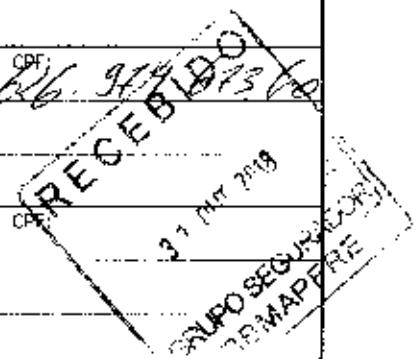
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo:	2 - Nome completo:
Mauro Antônio Paes Fontenelle	Gilderson da Cunha Lima
CPF: 004.334.583-03	CPF: 060.546.023-06
Local/data:	Local/data:
Teresina 16/10/2018	Teresina 16/10/2018





DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assinaturas pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	269.399.593-00	Data do óbito:
<i>Francisco Menezes Fontenelle</i>		<i>02/04/2018</i>
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº vivos: 3 Nº falecidos:
Deixou companheiro(a)?	Se deixou: companheiro(a), informar nome completo: <i>Sim</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Não</i>	

DECLARAÇÃO

Declaro que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a Indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 239 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo.

Nome completo:	CPF:	RECEBIDO
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	<i>13 DEZ. 2018</i>

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo.

Nome completo:	CPF:	GRUPO SEGURADOR
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	<i>ESMAFPRE</i>

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Marcos Antonio Ribeiro Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>626.974.673.60</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>02/04/2018</i>	<i>Francisco Menezes Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Renato Araujo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>012.477.615.20</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>02/04/2018</i>	<i>Renato Araujo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Ricardo R Araujo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>003.896.113.01</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>02/04/2018</i>	<i>Ricardo de Araujo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: <i>Maria Aparecida de Rezende Fontenelle</i>	2 - Nome completo: <i>Francisca das Chagas Araujo</i>
CPF: <i>001.332.583-01</i>	CPF: <i>552.532.613.20</i>



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0808 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Lider.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e falecidos (aqueles que estão sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPF:	Data do óbito:
FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	569.399.583-01	22/04/2018
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº filhos: 3 Nº falecidos: 1
*Deixou companheiro(a)?	*Deixou companheiro(a), informar nome completo:	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias no Seguro DPVAT, em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
 Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que resarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:	RECEBIDO
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	
Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo: 3 DEZ. 2018		
Name completo:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	GRUPO SEGUROADOR B3MAFPB

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	FILHO	003.896.113.01
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Floriano 13/01/2018	Floriano de Araujo Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Floriano de Araujo Forteneli	FILHO	072.474.613.20
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Floriano 13/01/2018	Floriano de Araujo Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Marcos Antônio Rodrigues Forteneli	FILHO	026.944.613.60
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Floriano 13/01/2018	Marcos Antônio Rodrigues Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: Maria Aparecida do Reis Forteneli CPF: 001-332.583-01	2 - Nome completo: Francisco das Chagas Anselmo CPF: 552.532.613-20
---	--



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Líder.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assinaturas pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	269.399.593-00	Data do óbito:
<i>Francisco Menezes Fontenelle</i>		<i>02/04/2018</i>
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº vivos: 3 Nº falecidos:
Deixou companheiro(a)?	Se deixou: companheiro(a), informar nome completo: <i>Sim</i> <input checked="" type="checkbox"/> <i>Não</i>	

DECLARAÇÃO

Declaro que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a Indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 239 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo.

Nome completo:	CPF:	RECEBIDO
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	<i>13 DEZ. 2018</i>

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo.

Nome completo:	CPF:	GRUPO SEGURADOR
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	<i>ESMAFPRE</i>

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Marcos Antonio Ribeiro Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>626.974.673.60</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Francisco 13/11/2018</i>	<i>Francisco Menezes Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Renato Araujo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>012.477.615.20</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Renato 13/11/2018</i>	<i>Renato Araujo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Ricardo R Araujo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>003.896.113.01</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>Ricardo 13/11/2018</i>	<i>Ricardo de Araujo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: <i>Maria Aparecida de Rezende Fontenelle</i>	2 - Nome completo: <i>Francisca das Chagas Araujo</i>
CPF: <i>001.332.583-01</i>	CPF: <i>552.532.613.20</i>



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
 ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0808 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
 Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
 sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Lider.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e falecidos (aqueles que estão sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	CPF:	Data do óbito:
FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	569.399.583-01	22/04/2018
Estado Civil:	Teve filhos?	Se tinha filhos, informar:
<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nº filhos: 3 Nº falecidos: 1
Deixou companheiro(a)?	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias no Seguro DPVAT, em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
 Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:	RECEBIDO
Local/data:	Assinatura do cônjuge:	
Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo: 3 DEZ. 2018		
Name completo:	CPF:	
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):	GRUPO SEGUROADOR B3MAFPB
Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais		

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
FINACIO DE ARAUJO FORTENELI	FILHO	003.896.113.01
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Floriano 13/01/2018	Floriano de Araujo Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Floriano de Araujo Forteneli	FILHO	072.477.613.20
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Floriano 13/04/2018	Floriano de Araujo Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Marcos Antônio Rodrigues Forteneli	FILHO	026.944.673.66
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Floriano 13/04/2018	Marcos Antônio Rodrigues Forteneli	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: Maria Aparecida do Reis Forteneli	2 - Nome completo: Francisco das Chagas Anselmo
CPF: 001-332.583-01	CPF: 552.532.613-20
Local/Mor.: Local/Mor.: 	Local/Mor.: Local/Mor.:

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:
31080476558

3 - CPF da vítima:
26939959300

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO MARQUES FONTELE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

6 - CPF:
035.814.343-85

7 - Profissão:

RECLCLADORA

8 - Endereço:
RS ngico, s/n, qd-aa, bl-08, ap-601

9 - Número:
s/n

10 - Complemento:

11 - Bairro:

PORTAL DA ALEGRIA

12 - Cidade:
TERESINA

13 - Fazenda:
PI

14 - CEP:
64037-430

15 - E-mail:

josuencves80@yahoo.com.br

16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço constante informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, informar uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0578

CONTA: 00011869

4

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de mina titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quinze (15) dias do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LIMITE DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou informando, ou de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 39, § 5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao seu direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado

civil da vítima: Solteiro

Casado (ou GM)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data de

morte da vítima: 12/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Víma de seu companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima tinha companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Víma: Sim Não

Vivos: Falecidos:

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

30 - Víma deixou

residência familiar?

Sim

Não

31 - Víma

teve intacs?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Víma deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estarão sujeitos, ainda, de que qualquer emissão da documentação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impossível
digitar
o nome
do beneficiário
que assina

35 - Nome legível de quem assina a foga/á pedido

36 - CPF legível de quem assina a foga/á pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a foga/á pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TERESINA, 29 DE AGOSTO DE 2019

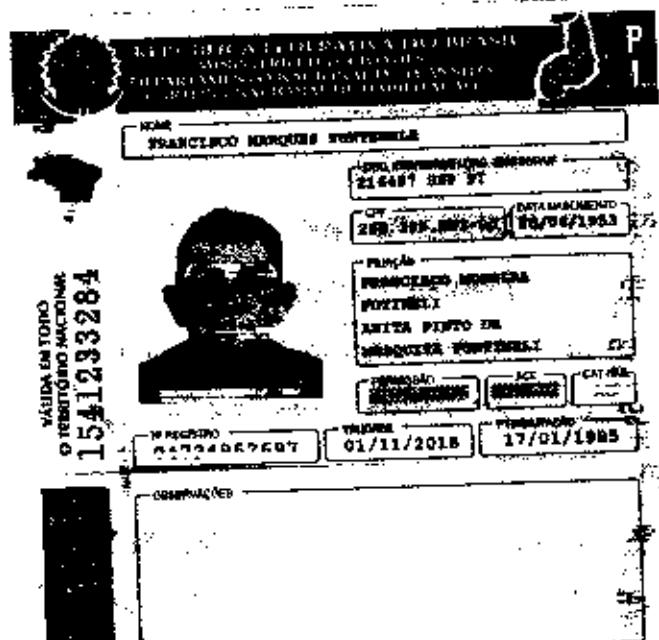
Lucia maria Rodrigues de Oliveira

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



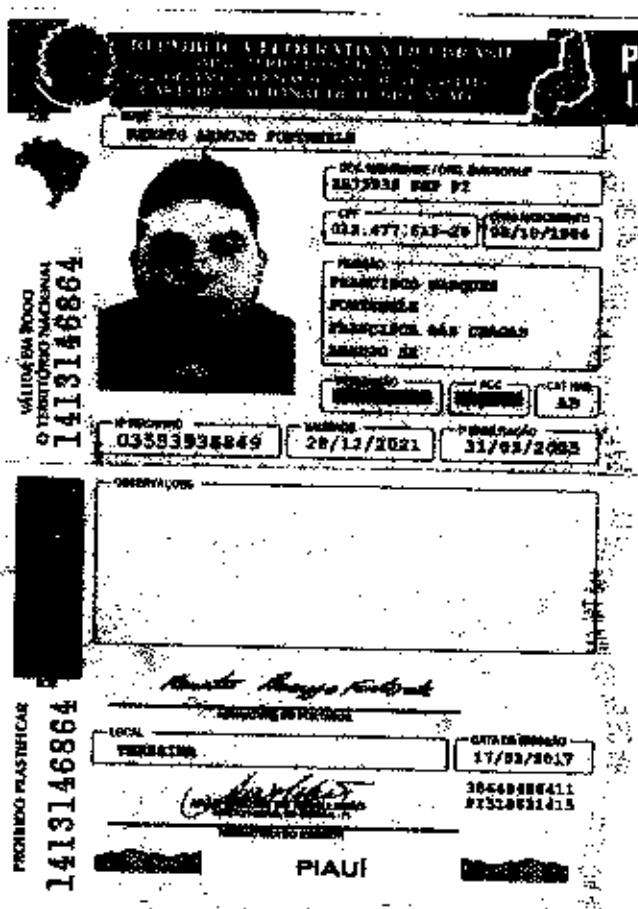
VALIDA NO TERRITÓRIO NACIONAL	
001-30153	DATA DE EMISSÃO
00153	216.487
00153	EXPIRAÇÃO
00153	23/11/17
SOCIAL	
FRANCISCO MARQUES FONTENELE	
NASCIMENTO	
ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE	
FRANCISCO MOREIRA FONTENELE	
NATURAIS: HABITACAO	
BURITI DOS LOPES-PI	
DATA DE HABITACAO	
00153	
CERT. CASAM. 1254 L 06 F 219	
EXP. TERESINA-PI 04/01/1953	
269.399.593-00	
Francisco Marques (1952) nasceu na localidade de Buriti dos Lopes, Piauí, no dia 23 de novembro de 1952, filho de Francisco Marques e Anita Pinto de Mesquita.	
LEI 7.184 DE 1980 - DOCUMENTO DE IDENTIDADE	



RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE



RECEBIDO

10 OUT 2018

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.481.626 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/16

NOME: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

ESPOSA: LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

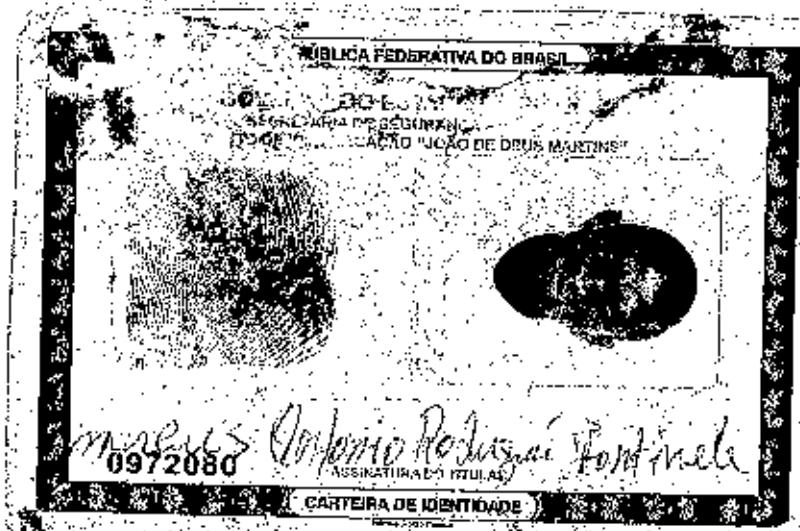
NATURALIDADE: TERESINA-PI DATA DE Nascimento: 13/08/1975

DOC. CEGUM: CERT. NASC. 6714 L A75 F 126V

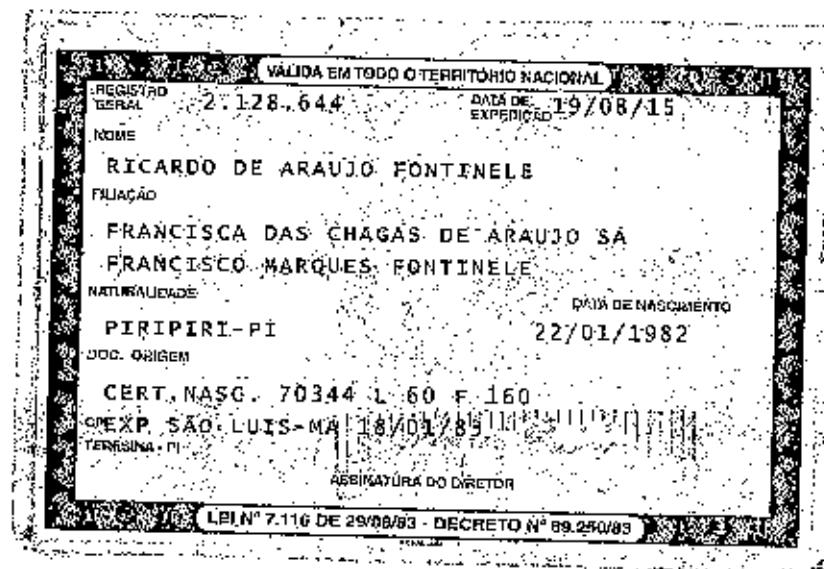
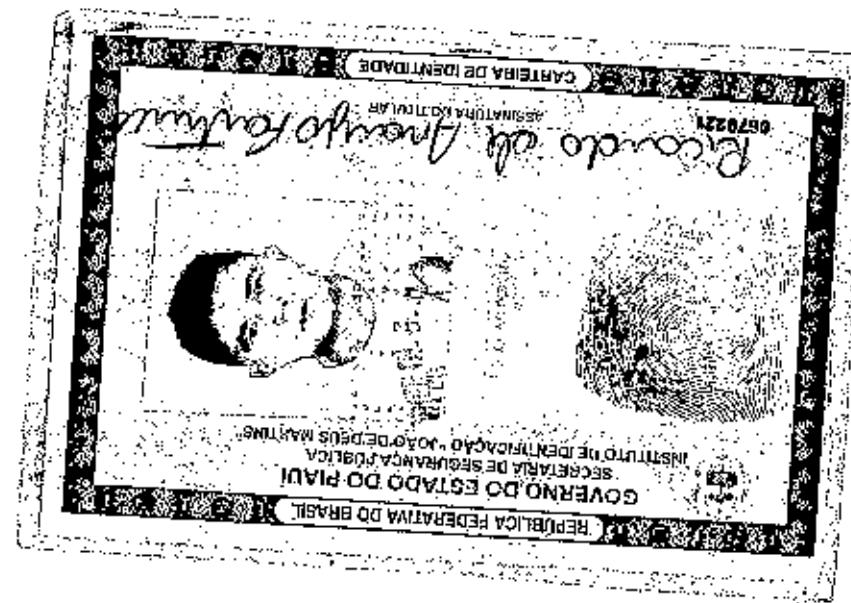
EXP. TERESINA-PI 10/09/14

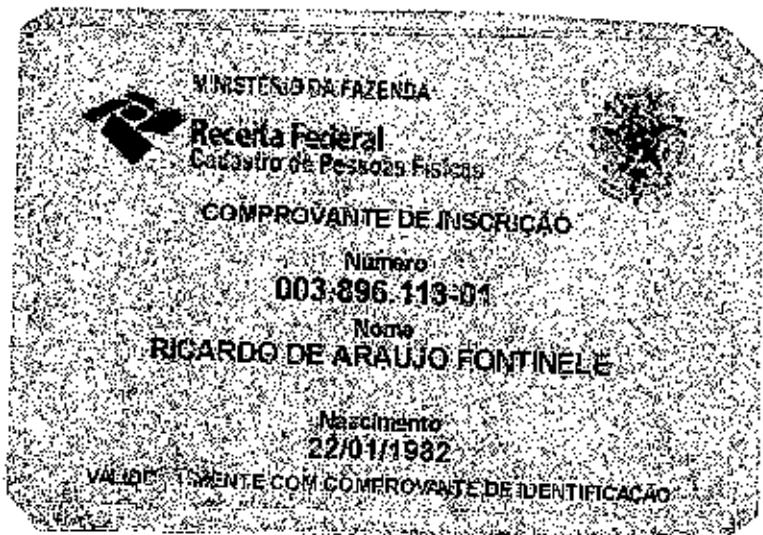
CPF: 0972080 ASSINATURA DO DIRETOR

Lei nº 7.119 DE 29/08/83 - DECRETO nº 89.250/83









VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.481.626 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/16

NOME: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

ESPOSA: LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

NATURALIDADE: TERESINA-PI DATA DE Nascimento: 13/08/1975

DOC. CEGUM: CERT. NASC. 6714 L A75 F 126V

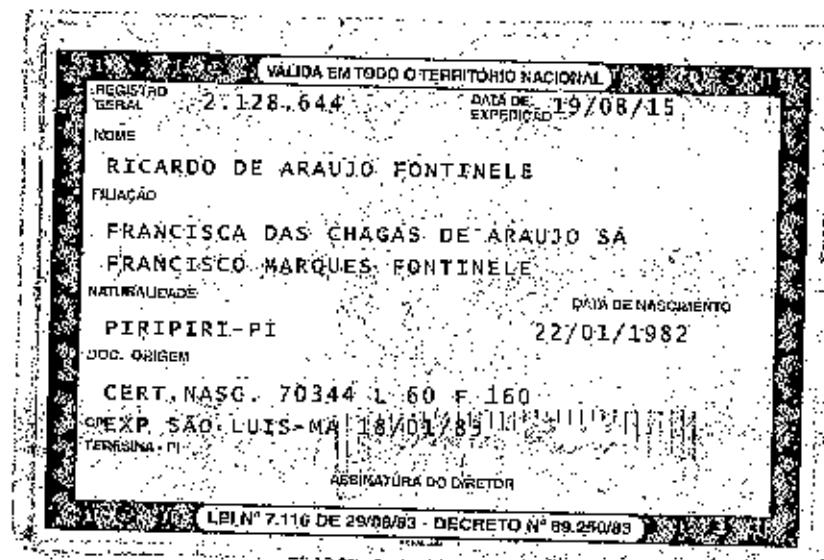
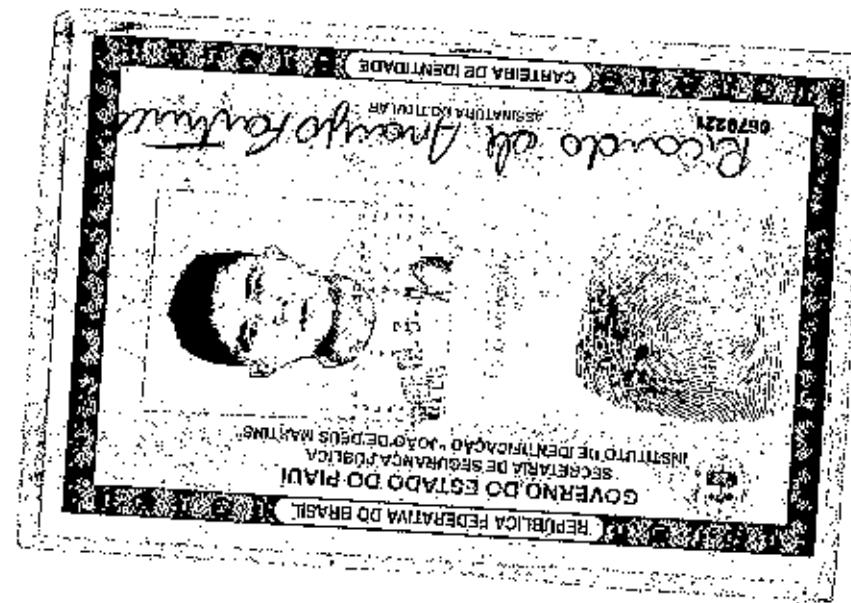
EXP. TERESINA-PI 10/09/14

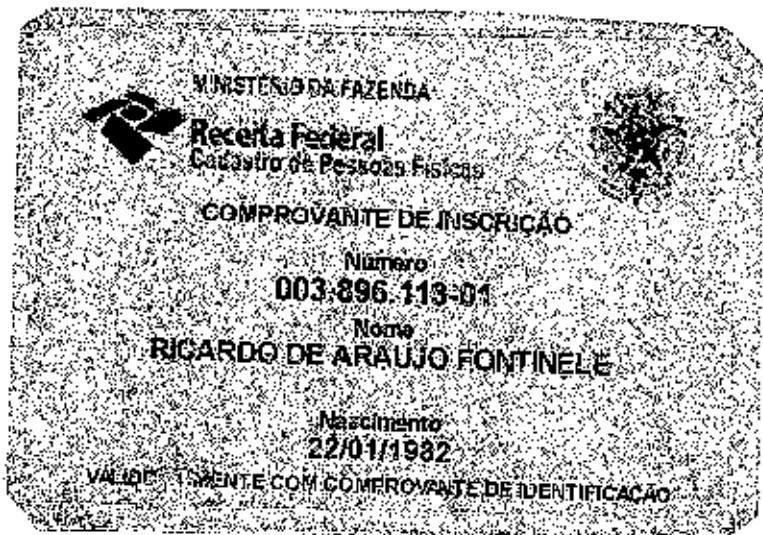
CPF: 0972080 ASSINATURA DO DIRETOR

Lei nº 7.119 DE 29/08/83 - DECRETO nº 89.250/83









VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

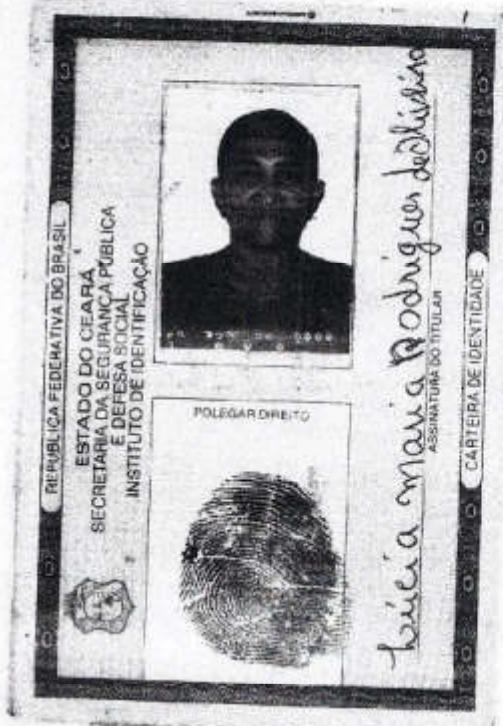
REGISTRO GERAL 2006010093052
LUGAR: 07/3/2006

Nome: LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Filho: ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E
MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA

NATURALIDADE: CAMPO MAIOR-PI
DOC. ORIGEM: CERT. NASC. 307 L A 159 F
82 CAMPO MAIOR-PI

CPF: 00000000000
FOTO: 

LEIN 07116 DE 2006063



CÓDIGO DE CONTROLE
3249092B.1F63.F242

A autenticidade desse comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

no dia 26/09/2011 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00



Ministério da Fazenda
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

035.814.343-85

Nome

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

Nascimento

09/01/1955

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE : 626.974.673-60

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 21/02/2019

Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

CPF: 626.974.673-60

Data do cadastramento: 21/02/2019

Nome: Margarida Maria Manso Pinheiro

CPF: 885.800.837-53

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

Margarida Maria Manso Pinheiro

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necrópsia
Outros

RENATO ARAUJO FONTENELE : 012.477.613-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/10/2018
Nome: RENATO ARAUJO FONTENELE
CPF: 012.477.613-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2018
Nome: Eduardo Sabino dos Santos Junior
CPF: 379.572.318-37

RENATO ARAUJO FONTENELE

Eduardo Sabino dos Santos Junior

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE : 003.896.113-01

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE : 626.974.673-60

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/12/2018
Nome: RICARDO DE ARAUJO FONTINELE
CPF: 003.896.113-01

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2018
Nome: Maria Aparecida da Silva
CPF: 231.602.828-48

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

Maria Aparecida da Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RENATO ARAUJO FONTENELE : 012.477.613-20

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/10/2018
Nome: RENATO ARAUJO FONTENELE
CPF: 012.477.613-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2018
Nome: RAISSA MARQUES GOMES
CPF: 479.614.998-81

RENATO ARAUJO FONTENELE

RAISSA MARQUES GOMES

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Laudo do IML - Necrópsia

Outros

JOSUE SILVA NEVES : 643.121.353-04

Documentos de identificação

Procuração

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA : 035.814.343-85

Autorização de pagamento

Certidão de casamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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 cada um.

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

Portador da documentação apresentada

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 04/10/2019

Nome: LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF: 035.814.343-85

Data do cadastramento: 04/10/2019

Nome: LUCAS GARBO GALVAO

CPF: 410.146.078-76

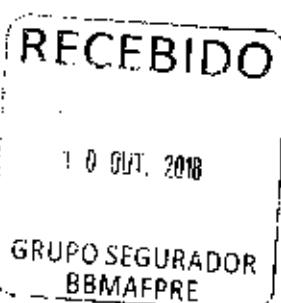
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

LUCAS GARBO GALVAO



NOME DO PACIENTE Marcelo Marques
NÚMERO DO PRONTUÁRIO 473062

SERVÍCIO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
A SUA UTILIZAÇÃO".



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<u>Nome:</u> FRANCISCO MARQUES FONTINELE		<u>Prontuário:</u> 473062
<u>Mãe:</u> ANTONIA FIRMINO DE FREITAS FONTINELE		<u>Pai:</u> FRANCISCO MOURA PAIVA FONTINELE
<u>End. Resid.:</u> RUA: 10 DE JULHO - PARQUE ECO SANTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-020		
<u>Nascimento:</u> 01/01/1960	<u>Idade:</u> 58 Anos	<u>Sexo:</u> Masculino
<u>Responsável:</u> FRANCISCO MARQUES FONTINELE		<u>CNS:</u> 762106700752299
<u>Profissão:</u>		<u>Documento:</u> CPF: 265.349.593-00
<u>G. Instrução:</u>		<u>E. Civil:</u> Esposa
<u>End. Local.:</u>		

RECEBIDO

10/10/2018

DADOS DO ATENDIMENTO

Código: 659113 **Data:** 08/04/2018 20:11:21 **Clas. Cor:** Amarelo **GRUPO SEGUROADOR:** BMAFPRE
Motivo da Procura: **Convenio:** BMAFPRE

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 08/04/18 : ESPECIALISTA: Odontologo
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Alargamento superior da dentição
molar. Pct. parceria calibragem.
As garras: 11 alteradas no operário
locomotor. At. no
At. odontologo

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 38 Pg/18 21:39

19. *Leucosia* (Leucosia) *leucostoma* (Fabricius) (Fig. 19)

Werkzeugkunde

Relato ao acidente de trânsito

Wsocon 15. Relying on Groups

Can / also be represented

2015-01-06/Signature: Brieuc Bardeau

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2)

Data/Hora Sessão: 02/04/18 21:55 ESPECIALISTA: G. Vargas

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente segue reopressivo, TC de erupcão e dor no membro. Rx col cervical e relive normal. Abd excente.

Conc 5% 9% 500 ml + 5 amp Glucose 50% in agency

Revisions

CRM-PI/148

Dra. Andressa M. Gómez
Característica de la natura del solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 09/04/16 13:45 limpeza geral
paciente. paciente com polihidramnios, apresenta estrias respiratórias mo-
doendo. po extremo. na parte superior da pele, abundante globo
ro, as partes de baixo adipos, diposado, indolor, na maior de extensões
próstata
este paciente é um caso de E, na extremidade
EP: limpeza
ainda na limpeza anal

20. 01. 1998 Prof. Parecer

卷之三

SOLICITAÇÃO DE ANTIBÓTICOS DE USO RESTRITO

IDENTIFICAÇÃO

DATA: 11/04/18
 NOME: Enrique M. Ferreira IDADE: 67 PESO: 65kg
 CLÍNICA: G. B. B. LEITO: _____ PRONTUÁRIO: _____
 SITUAÇÃO DO PACIENTE: TRAUMA NÃO TRAUMA
 INDICAÇÃO DO ANTIBÓTICO: TERAPÉUTICO PROFILÁTICO
INFECÇÃO: COMUNITÁRIA HOSPITALARFOCO DA INFECÇÃO: PNEUMONIA TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR
 OSSOS E ARTICULAÇÕES CIRÚRGICO URINÁRIO ABDOMINAL

 SIST. NERVOSO CENTRAL SANGUÍNEO PELE E PARTES MOLES

 CHOQUE SÉPTICO (DESCONHECIDO) OUTROS _____

ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE

USO: Amox

DROGA SOLICITADA	VIA	POSOLOGIA	PREVISÃO (dias)
<u>Cefazolin</u>	<u>EV</u>	<u>2g 8(h)</u>	<u>14</u>
<u>Clindam.</u>	<u>EV</u>	<u>600mg 6(h)</u>	<u>14</u>

JUSTIFICATIVA: Paciente c/ lesão de pulmão x 2 dias c/
RNC. Guedes (1) Líquor, AP: Rumin. (2) sputo e secreções urinárias
FUNÇÃO RENAL NORMAL ALTERADAFUNÇÃO HEPATICA NORMAL ALTERADAREALIZOU CULTUR NÃO SIM

Resultado

DATA DA COLETA: / /

MÉDICO-CARIMBO

PARECER DA CCHI:



Dados do Chamado	01 Nº do chamado <i>1103</i>	02 Data do chamado <i>18/04/2018</i>	03 PRO (codigo) <i>10000000000000000000000000000000</i>	04 Saída do PA <i>19:40</i>	05 Chegada ao local <i>19:40</i>
	06 Saída do local <i>19:40</i>	07 Chegada ao 1º hospital <i>19:40</i>	08 Saída do 1º hospital <i>19:40</i>	09 Chegada ao 2º hospital <i>19:40</i>	
Local da Ocorrência	10 Endereço <i>rua 300</i>	11 Bairro <i>Santo Antônio</i>	12 Município-DF <i>DF/PT</i>	Código IBGE <i>00110101</i>	
Dados do Paciente	13 Ponto de referência <i>Posto 1 pinanjo</i>	14 Nome <i>Edu Marques Esquenazi</i>	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ignorado <i>1</i>		
Tipos de Ocorrência	16 Idade <i>65</i>	17 Se idade ignorada, preencha com 999	18 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado <i>9</i>		
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado <i>1</i>	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado <i>2</i>	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado <i>2</i>	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/> <i>2</i>	
Exame Físico	23 Glasgow = <i>15</i>	RESPOSTA VERBAL 5- Orientada 4- Confusa 3- À voz 2- À dor 1- Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6- Obedece a comandos 5- Localiza dor 4- Movimento de retirada 3- Flexão anormal 2- Extensão anormal 1- Nenhum	24 Sinal de Vida Pulse <i>144</i> Resp. PA TAX Sar02 <i>92</i>	25 Local da lesão <i>lateral</i>
Assistência	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais <i>1</i>	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> f - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente <i>1</i>	28 Sangramento 1 - Sim 2 - Não <i>1</i>	29 Dor <input type="checkbox"/> 0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa ESCALA DE DOR DE 0 A 10 <i>3</i>	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> Fechada <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeita <input type="checkbox"/> <i>1</i>
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Ressilação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/>	32 Hospital de Destino <i>HUT</i>	33 Condições de entrada 1-Melhorado 2-Piorando 3-Inalterado <i>1</i>	34 Olho 1-Sim <input type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> 2-Não <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>	35 Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) <i>1.0 RUT 2018</i> b) <i>c)</i> c) <i>Non Removido</i> GRUPO SEGUROADOR BBMAFPRE
Observações Interdisciplinar	<p><i>Paciente sendente, traumato com face, escoriações com 1x1, sangramento a bebida alcoólica. O paciente relata por HHS</i></p>				
Atendido por: 1- Dr. José de Melo 2- Dr. Líder 3- Dr. Fábio 4- Dr. Renato 5- Dr. Rômulo 6- Dr. Wagner 7- Dr. Wellington 8- Dr. Wilson 9- Dr. Wilson 10- Dr. Wilson 11- Dr. Wilson 12- Dr. Wilson 13- Dr. Wilson 14- Dr. Wilson 15- Dr. Wilson 16- Dr. Wilson 17- Dr. Wilson 18- Dr. Wilson 19- Dr. Wilson 20- Dr. Wilson 21- Dr. Wilson 22- Dr. Wilson 23- Dr. Wilson 24- Dr. Wilson 25- Dr. Wilson 26- Dr. Wilson 27- Dr. Wilson 28- Dr. Wilson 29- Dr. Wilson 30- Dr. Wilson 31- Dr. Wilson 32- Dr. Wilson 33- Dr. Wilson 34- Dr. Wilson 35- Dr. Wilson		Paramédico Socorristas Márlon Enfermeiro Conduzido <i>Reginaldo</i>			

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

Francisco Moreira Fernandes
DA CLÍNICA: Neurocirurgião
À CLÍNICA: Cirurgia Geral

PRONTUÁRIO

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente de 61 anos, paraplegico
após trauma. R de varão e d total y
drois que justificam o quadro (contusão
medular?). Evoluí q. tecnicamente

DATA: 11/04/18

Dr. Raulo Daga de Oliveira Batista
Neurocirurgião
CRM-PI 3.800

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

PARECER

Sugestão de TB
Solicito ex. radiante. Fato.

Paciente suspeito, volte entidade neste
serviço sua história de recente tuberculose
no estômag. Realizou Rx de tórax com lesão
área de opacidades irregulares nos lobos superiores
dos pulmões, pressível, natureza FONÉTICA RESIDUA.
 1) - Sócio de endoscopia (pesquisa de
lesões) - 03 amostras.
 - Sócio de laboratório

VCP

Data: 11/04/18

RECEBIDO

Dr. Raulo Daga de Oliveira Batista
Neurocirurgião
CRM-PI 3.800 11/04/2018

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA
PRO SEGUADOR
BBMAFPRE

DATA: 11/04/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA



PICK, Newson
CIR. GERAL



NO MEU PACIENTE	FRONTARIA	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	LEITO
Francisco Manoel Fortinete	473062			
DIAGNÓSTICO API X. E. COMORBIDADES	Alergias			

Poli Trauma

DATA: 09/08/18	PREScriÇÃO MÉDICA	HORA: 8:44h	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES
----------------	-------------------	-------------	---------	-------------

- 1) Dista 200
- 2) 500, 90% - 1000 ml, EV, 14gts/1ml + Sampa 500ml () ()
- 3) Larv hidrav young + AD, EV, 818ml
- 4) Larv hidrav young, 1L, aquor
- 5) Medicamentosa 900mg, 1L, 18 24 06
- 6) NICE 180g, 1L, EV, 616ml
- 7) 600ml copilar aquor e 616ml
- 8) 600ml S090r 4amp, 1L, se queime & tosse
- 9) Oz nos catarin varas se sotol & 921-261111
- 10) SSVU + CCG
- 11) 850,91 - 500ml, EV, 161111
- 12) Sopito TC coluna cervical, toracor 2
deuxico TC torac. Reov. curva e
nervo: 3mg.

GRUPO SEGURADO:
MAFPRE

RECEBIDO

19/07/2018

Dra. Daniela Calado L. Costa
Gastroenterologista
CRM-PI 4139

Med: 007

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNACÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

Nº LAUDO: 65933

AIH: 2218100207631

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL DE URGENCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT

CNES

5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTEÃO SUS	NOME DO PACIENTE	NASCIMENTO	SEXO	PRONTUÁRIO
201100075296	FRANCISCO MARQUES FONTINELA	20/06/1953	M	471062
DOCUMENTO CPF	TELEFONE	NOVOS DA MÃE	RESPONSÁVEL	
86885-18120		ANTONIA PINTO DE MARQUES FONTINELA	FRANCISCO	
CEP	ENDERECO - LOGRADOURO		NÚMERO / LOTE	
			1765	LF
BAIRRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO		
VERDE LAR		TERESINA		PL

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO COM TCE DURANTE A INTERNACAO FOI DIAGNOSTICADO COM PNEU LEUCOCITOS 15000MM3 - NEUTROFILOS 87% - SEGMENTADOS 8% SENDO INICIADO ATB'S CEFTAZIDIMA 2G - CLINDAMICINA 600MG. FAVU 0 CONC GLASGOW 3 - CHOQUE SEPTICO - FRC. CONSTATADO OBITO 12/04/2018

CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNACÃO

ASACMA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)
TUE DE CRANIOGRAMA DE TORAX, COLUNA CERVICAL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL
J09 - PNEUMONIA NAO ESPECIFICADA

CID 10 SECUNDÁRIO

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

CÓD/DESCRICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
J00-49-51 - TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFECÇÃO GRUPE

LEITO/CLÍNICA
NEUROCIURGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

CARÁTER
URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

ELTON JORGE DA SAVIO 2525580
CPF: 2.0086463373

CRM:

DATA ADMISSÃO
09/04/2018 20:11

DATA ALTA

12/04/2018 16:20

MOTIVO ALTA

OBITO COM DECLARAÇÃO FORNECIDA PELA INSTITUIÇÃO MÉDICO LEGAL - IML

CAUSAS EXTERNAS(ACIDENTES OU VIOLENCIA)
TIPO ACIDENTE - CNPJ SEGURADORA - N° DO BILHETE - SÉRIE - CNPJ DA EMPRESA - CNAE EMPRESA - CBO - NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO)

PROFISSIONAL / PARECER / CONTROLE / AVALIAÇÃO /
AUDITÓRIA

ELTON JORGE DA SAVIO
CPF: 2.0086463373

CRM:

DATA AVULSA: 2018-04-11 11:52

CPF:

CRM:

DATA AVULSA:

RECEBIDO



Fundação Municipal de Saúde

PRESCRIÇÃO MÉDICA



לעג טבילה טבילה

Nome do paciente Francisco Mony
Diagnóstico atual e comorbidades

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



FMS
Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO
MÉDICA**



MÉDICO/CRM:

Mod: 007



PRESCRIÇÃO MÉDICA

H.U.T - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
NOME: FRANCISCO MARQUES FORTINELLE

DATA/HOR A CÓDIGO	PREScrição MÉDICA TCE + PNEUMONIA	PRONTUÁRIO 473062	CLÍNICO ESTABILIZAÇÃO	ENF ou APT ESTABILIZAÇÃO	LEITO	MÉDICO ASSIST.	RELATÓRIO INFERNAGEM		OBSERVAÇÕES
							QUANT.	HORÁRIO	
12/04/18	1) DIETA ENTERAL 100ML 3/3H E AF NOS INTERVALOS								
	2) SF 0,9% 2000ML EV 24 HORAS								
D1	3) CEFTAZIDIMA 2G + 100ML SF 0,9% EV 8/8H								
D1	4) CLINDAMICINA 600MG + 100ML SF 0,9% EV 6/6H								
	5) RANTIDINA 01AMP EV 8/8H								
	6) FENITONA 2ML + 18ML AD EV 8/8H								
	7) DIPRORON 1AMP+AD EV 6/6H								
	8) BROMOPRIDA 01AMP+AD, EV 08/08H								
	9) MIDAZOLAN 30ML - FENTANIL 20ML + SF 0,9% 200ML EV BIC ACM								
	10) NORADRENALINA 4MG 4 AMP + 23ML DF SG A 5% EV BIC ACM								
	11) GLICEMA CAPILAR DE 6/6H								
	12) INSULINA REGULAR SC CONFORME GLICEMA: 180-200U; 201-250: 4U; 251-300: 6U; 301-350: 8U; >350: 10U								
	13) GLICOSE 30% 40ML EV SE GLICEMA <80								

GRUPO SEGURADOR
BBMAFPRE

2018

BIDO



11/04/18

HUT DR. ZENON ROCHE
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
EXAME: Tomex F₁
DATA: 06/12/18

14) CLOREXIDINA 20ML PARA HIGIENE ORAL 8/8h

15) CABECERA ELEVADA 30°

16) FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

17) MONITORIZAÇÃO CONTINUA

18) CCGG + SSVV

Dr. Ismael Oliveira
Clínica Médica de Seropéd
CRM-PI 4517

19) Glucometro de unhas 10h

10h 81 100 51 - sono 20min 81 8h

20) Monitor 10h 80 100 50 1

81 8h

12 3. VBR = 10g fm Bambu @ 5ml SF 90 + 40ml

81 8h

Dr. Ismael Oliveira
Clínica Médica de Seropéd
CRM-PI 4517

21) paciente deu enxaque na noite 4

paciente deu saída de estabilização em PCR

Exames: urinário, glicose, f (= obes),

Glucagon 3, pressões sistólicas, fiosos, 1

anestesia a 10%

Def: Afecto 6h to.

Igc

IGC

CRM-PI 3479

me

22 06



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTENELE** (Prontuário: **473062**)
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 20/08/1953 Idade: 64a11m8d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113
Requisição: 828019 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA
Controle: 1024465 Corvênia: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204020034

Data Exame: 08/04/2018

COLUNA CERVICAL

O estudo radiológico da coluna cervical foi realizado na incidência em **PERFIL**.
os seguintes aspectos foram observados:

- Osteopenia difusa.
- Sinais de espondilose cervical.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/05/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.928.623-34 CRM - 1727

Exame: Radiografia da coluna cervical

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURADOR

BRASIL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a11m6d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113

Requisição: 828019 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024466 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204050111

Data Exame: 08/04/2018

PELVE

O ESTUDO RADIOLÓGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCLINAÇÕES EM AP.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMURATS, SACRO ILÍACAS E SINFSE PUBIANA TEM CONFIURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 28/05/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF: 227.528.623-34 CRM: 1727

Licenciada Radiologista

RECEBIDO

10/05/2018

GRUPO SEGURADOR

BRASIL



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTENELE** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113

Requisição: 828020 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024467 Corvênia: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/04/2018

T.C. DE CRANIO

TÉCNICA: Foram realizados cortes axiais de 5 e 10mm de espessura da base a convexidade do crânio no plano canto-meatal.

- ATEROMATOSIS PARIETAL CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DIFUSA DO PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO.
- ACRENTUAÇÃO DIFUSA DA HIPODENSIDADE DA SUBSTÂNCIA BRANCA PERIVENTRÍCULAR (HUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA).
- DILATAÇÃO "EX-VACUO" DO SISTEMA VENTRÍCULAR SUPRA E INFRATENTORIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA- AXIAL.

OBS.: MATERIAIS HIPODENSO NOS SEIOS DA FACE.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/04/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 652 218 663-15 - 2443 CRM

Endereço: Rua: 100 - Centro - PI

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGUROADOR
BRASIL

LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAD SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113

Requisição: 828021 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024468 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 08/04/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCHAMENTO, MOSTROU:

- REDUÇÃO DE VOLUME DO CAMPO PULMONAR ESQUERDO, COM DESVIO TRASILATERAL DAS ESTRUTURAS MEDIASTINAIS.
- ATEROMATOSSE PARIETAL CALCIFICADA NA AORTA TORÁCICA.
- CALCIFICAÇÕES PLEURAIS RESTDUAIS GROSSEIRAS À ESQUERDA, SOBRETUDO NA PLEURA PARIETAL ANTERO-LATERAL.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGLIA MEDIASTINAL.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- ESPONDILOSE TORÁCICA.
- KNEFISEMA CENTROACINAR DIFUSO NOS CAMPOS PULMONARES.
- OPACIDADES FIBROATELECTÁSTICAS EM ÁPICES PULMONARES, SOBRETUDO À ESQUERDA, ONDE IDENTIFICAMOS BRONQUIECTASIAS/BRONQUIOLECTASIAS DE TRAÇÃO DE PERNITO.
- BOLHAS SUBPLEURAIS APICais À ESQUERDA.
- ALTERAÇÕES FIBRÓTICAS NA LÍNGULA E NO LOBO INFERIOR À ESQUERDA.

(JOÃO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/04/2018

MARCELO COELHO AVELINO

CPF: 552.218.663-15 CRM

00-00000000-000000000000

RECEBIDO

10/04/2018

GRUPO SEGURADOR

LAUDO MÉDICO

Paciente **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/05/1953 Idade: 64a9m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/FMERG Atendimento: 659113

Requisição 828138 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle 1024609 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE COLUNA TORACICA

TÉCNICA: Foram realizados através da aquisição helicoidal de 10 mm de espessura com incremento de 10 mm.

- Espondiloartrose na coluna torácica caracterizada por osteófitos nos corpos vertebrais e artrose interapofisária.
- Ausência de fraturas.
- Canal vertebral ósseo nos segmentos estudados com dimensões dentro dos limites da normalidade.
- Medula espinhal com coeficientes de attenuação normais.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-16 CRM-PI 3090

Declaro que o ato é verdadeiro.

RECEBIDO

10 MAR 2018



LAUDO MÉDICO

Paciente **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-000

Nascimento 20/06/1953 Idade: 64a9m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atenção: 659113

Requisição 828139 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle 1024610 Convérto: S U S

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010028

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE COLUNA LOMBAR

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM SMM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE L1 AO SACRO, MOSTROU:

- ESpondiloartrose da coluna lombar caracterizada por osteofítos nos corpos vertebrais e artrose interapofisária.
 - Abaixamento discal difuso de L1-L2 e L5-S1, comprimindo o saco dural e reduzindo o canal vertebral e os forames neurais.
- AUSÊNCIA DE FRATURAS.

(JORGEL AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 958 303-15 CRM-PI 3090

Especialização: Radiologia



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI - CEP: 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113

Requisição: 828140 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024611 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010010

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ACENTUADA ESPONDILOARTROSE CERVICAL, CARACTERIZADA POR OSTEOFÍTOS NOS CORPOS VERTEBRAIS E ARROSE UNCOVERTEBRAL E INTERAPOFISÁRIA.
- PROTRUSÕES DISCO-OSTEOPHÍTARIAS POSTERIORES DE C3-C4 A C6-C7, COMPRIMINDO O SACO DURAL E REDUZINDO O CANAL VERTÉBRAL E OS FORAMES NEURAIS.

AUSÊNCIA DE FRATURAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 16/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696 968 303-15 CRM-PI 3090

Medicina da Família e do Adulto



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINÉLE** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-000

Nascimento: 20/06/1963 Idade: 54a9m26d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento 659113

Requisição 828140 Solicitação 09/04/2018 Solicitante FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024611 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010010

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE COLUNA CERVICAL

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5mm DE ESPESSURA E 5mm DE INCREMENTO, MOSTROU:

- ACENTUADA ESPONDILOARTROSE CERVICAL, CARACTERIZADA POR OSTEÓFITOS NOS CORPOS VERTEBRAIS E ARROSE UNICOVERTEBRAL E INTERAPOFISÁRIA.
- PROTRUSÕES DISCO OSTEOFITÁRIAS POSTERIORES DE C3-C4 A C6-C7, COMPRIMINDO O SACO DURAL E REDUZINDO O CANAL VERTEBRAL E OS FORAMES NEURAIS.
- AUSÊNCIA DE FRATURAS.

(JORGE AUGUSTO:

TERESINA - PI 16/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM PI 3090

Residência: Centro - Teresina - PI



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m19c Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113

Requisição: 828141 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA

Controle: 1024612 Convênio: SUS

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/04/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOÍDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- OPACIDADES IRREGULARES NOS LOBOS SUPERIORES DOS PULMÕES, MAIS EXTENSA À ESQUERDA, DE PROVÁVEL NATUREZA FIBRÓTICA RESIDUAL, ASSOCIADAS A BRONQUIECTASIAS E BOLHAS SUBPLEURAIS ADJACENTES.
- PEQUENAS BOLHAS PULMONARES DIFUSAS NOS PULMÕES.
- BANDAS PARENQUIMATOSAS NA BASE DO PULMÃO ESQUERDO.
- CALCIFICAÇÕES PLEURAIS À ESQUERDA.
- AORTA ATEROMATOSA, COM CALIBRE NORMAL.
- ESPONDILOSE DORSAL.
- TRAQUÉIA E BRÔNQUIOS FONTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGLIAS MEDEASTINAIS E/OU HILIARES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR

CPF: 696.958.303-15 CRM-PI 3090

Assinatura:



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTENELE** (Prontuário: 473062)

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-000

Nascimento: 20/06/1953 Idade 64a9m22d Sexo Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211886

Requisição 829078 Solicitud: 12/04/2018 Solicitante: ISANIEL PEREIRA DF OLIVEIRA

Controle: 1025667 Convênio: SUS ESTABILIZAÇÃO ESTABILIZAÇÃO LETO 07

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 12/04/2018

T.C. DE ABDOME

TÉCNICA: FORAM REALIZADOS CORTES TOMOGRAFICOS AXIAIS DO ABDOME E PELVE DE 10MM DE ESPESSURA COM INTERVALO DE 10MM.

- EXTEÑO ENFISEMA SUBCUTÂNEO EM PAREDE ABDOMINAL E INTRA-ABDOMINAL EXTRAPERITONEAL.
- CALCIFICAÇÕES PARIETAIS ARTERIAIS.
- FÍGADO E BAÇO COM DIMENSÕES NORMAIS, CONTORNOS REGULARES E PARÊNQUIMA HOMOGÊNEO.
- AUSÊNCIA DE DILATAÇÃO DE VIAS BILIARES.
- RINS DE VOLUME NORMAL, CONTORNOS REGULARES E DENSIDADE PARÊNQUIMATOSA HOMOGÊNEA. AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENALIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.

LEIAO ANTONIO:

TERESINA - PI 12/04/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF 890 717 783-04 CRM 3508 PI

DATA: 12/04/2018



LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELA** (Prontuário: **473062**)
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000
Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m22d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211886
Requisição: 829079 Solicitação: 12/04/2018 Solicitante: ISANIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Controle: 1025668 Convênio: SUS ESTABILIZACAO ESTABILIZACAO IETO 02

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 12/04/2018

T.C. DE TORAX

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL E RECONSTRUÇÕES COM 10MM DE ESPESSURA E 10MM DE INCREMENTO, MOSTROU:

- TUBO OROTRAQÜRAL.
- CATETER VENOSO CENTRAL.
- EXTERNO ENFISEMA DE PARTES MOLES EM PESCOÇO E PAREDE TORÁCICA.
- EXTERNO ENFISEMA MEDIASTINAL.
- VOLUMOSO PNEUMOTÓRAX BI-LATERAL, DETERMINANDO COLAPSO PARCIAL DOS PULMÕES.
- PEQUENO DERRAME PLEURAL DIREITO.
- ARCAVOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

TERESINA - PI 12/04/2018

JOÃO ANTONIO:

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF 890 717.783-04 CRM 3608 PI

PROFISSÃO: MÉDICO

Identificação	1) Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal	2) Data do óbito	3) Cartório SUS	4) Naturalidade Município (UF) se estrangeiro informar PISI				
	5) Nome do Falecido	6) Nome do Pai	7) Nome da Mãe					
Residência	8) Data de nascimento	9) Idade Anos completos Meses Dias Horas Minutos Ignorado 5	10) Sexo M - Masculino F - Feminino Ignorado	11) Raça/Cor 1) Branca 2) Preta 3) Negra 4) Parda 5) Indígena 6) Amarela	12) Situação conjugal 1) Solteiro 2) Casado 3) Viúvo 4) Divorciado 5) União estável 6) Ignorado			
	13) Escolaridade (última série concluída) Nível 0) Sem escolaridade 1) Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2) Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	3) Médio (antigo 2 ^º grau) 4) Superior incompleto 5) Superior completo Ignorado	14) Ocupação habitual (informar anterior, se apresentado / desempregado)	Código CBO 2002				
Ocorrência	15) Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	Número	Complemento	CEP	UF			
	16) Bairro/Distrito	Código	17) Município de residência	Código	UF			
Fetal ou menor que 1 ano	18) Local de ocorrência do óbito 1) Hospital 2) Outros estabelecimentos 3) Doméstico 4) Via pública 5) Aldeia 6) Indígena	19) Estabelecimento 7) Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc)	Número	Complemento	CEP			
	20) Município de ocorrência	Código	21) Município de ocorrência	Código	UF			
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE								
22) Idade Anos: Nível 0) Sem escolaridade 1) Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2) Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	23) Escolaridade (última série concluída) Nível 0) Sem escolaridade 1) Fundamental I (1 ^a a 4 ^a Série) 2) Fundamental II (5 ^a a 8 ^a Série)	24) Número de filhos tidos Masculinos Fêmeas Abortos Vivos	25) Número de semanas de gestação Partas letais Partas normais Abortos Ignorado	26) Tipo de gravidez 1) Unica 2) Dupla 3) Tripla e mais 4) Gravidez gêmea 5) Ignorado	27) Tipo de parto 1) Cesárea 2) Vaginal 3) Ignorado	28) Morte em relação ao parto 1) Antes 2) Currêntia 3) Depois 4) Ignorado	29) Ocupação habitual (informar anterior, se apresentada / desempregada)	Código CBO 2002
30) Número de Declaration de Nascido Vivo	31) Peso ao nascer	32) Peso ao nascer	33) Número de Declaration de Nascido Vivo	ASSISTÊNCIA MÉDICA			DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR:	
34) ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL	35) A morte ocorreu 1) Na gravidez 2) No parto	36) De 43 dias a 1 ano após o término da gestação 3) Até 42 dias após o término da gestação 4) Até 42 dias após o término da gestação	37) Ignorado	38) Recebeu assist. médica durante a doença que provocou a morte? 1) Sim 2) Não 3) Ignorado	39) Necropsia? 1) Sim 2) Não 3) Ignorado			
34) CAUSAS DA Morte PARTE I Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte	ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA					40) Tempo aproximado entre o início da doença e a morte	CID	
41) CAUSAS ANTECEDENTES Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica.	a) Devido ou como consequência de:	b) Devido ou como consequência de:	c) Devido ou como consequência de:	d) Devido ou como consequência de:				
42) PARTE II Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entrem, porém, na causa acima.								
43) Nome do Médico	44) CRM	45) Óbito atestado por Médico	46) Município (UF) de atestado	47) Assinatura	48) Data do atestado	49) Assinatura	50) Data	
49) Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)	50) Data do atestado	51) Assinatura	52) Município (UF) de atestado	53) Assinatura	54) Data	55) Assinatura	56) Data	
RECEBIDO						10 OUT. 2010		
PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL (informar as causas diretamente epidemiológicas)						Ignorado		
57) Tipo 1) Acidente 2) Suicídio	58) Homicídio	59) Ignorado	60) Acidente de trabalho	61) Fonte da Informação	62) Ignorado	GRUPO SEGUROADOR		
63) Descrição sumária do evento						64) Ignorado	65) BBMAGPRE	
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLENCIA						Tipo de local de ocorrência do acidente ou violência		
66) Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	Número	Bairro	Município	UF	1) Residência 2) Empresa de residência 3) Outro doméstico	4) Estado/entidade doméstica 5) Outros 6) Ignorado		
67) Cartório	Código	68) Registro	69) Data	70) UF				
71) Município				72) UF				
73) Declarante	74) Testemunhas							
75) Causas externas	76) Causas internas							
77) Cartório	78) Município							
79) Declarante	80) Testemunhas							



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes de preencher este formulário, leia os termos da lei disponibilizados no site da Seguradora Lider.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados da família do beneficiário, utilizar outro impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: **Francisco Mamedes Fontenelle** CPF: **269.399.593-0** Data de óbito: **12/04/2018**
Estado Civil: Solteiro Divorciado Separado judicialmente Casado Viúvo Teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar: N° vivos: **3** N° falecidos: **0** Deixou nascituro? Sim Não
Deixou companheiro(a)? Se deixou companheiro (a), informar nome completo: Sim Não

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.

Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduz a verdade, cremos que resarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração do artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do cônjuge: _____

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do (a) companheiro (a): _____

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____
Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____

Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____

Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____

Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

Nome completo: _____ Grau de parentesco com a vítima: _____ CPF: _____

Local/data: _____ Assinatura do Herdeiro Legal: _____

Local/data: _____ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver): _____

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1 - Nome completo: **Mauro Araujo de Souza Fontenelle** 2 - Nome completo: **Mauro Araujo de Souza Fontenelle**
Local: **007-332-583-0** Local: **931-081-343-98**
Data: **10/01/2019** Data: **10/01/2019**



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.

E 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 Ato: 3180476558 CEP da Vítima: 269.399.593.00 Nome completo da vítima: Francisco Marques Fontenelle

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF do beneficiário	Profissão
<u>Marcos Antônio Rodrigues Fontenelle</u>	<u>606.979.673.60</u>	<u>informante</u>
Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Major Marcel Lopes</u>	<u>1753</u>	
Salário	Estado	CEP
<u>Arreios do Sol</u>	<u>PI</u>	<u>64.056.363</u>
Email	Telefone (DDD)	
	<u>186 98146-6625</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

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" 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"/> AC-MA-DF R\$ 10.000,00

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

BANCO DESCO (237) BANCO DO BHASH (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: 2004 CONTA NRO: 0(3) 00089416 4 DV: 4
(Inserir digito se existir) (Inserir digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	Nome	NRO	
AGÊNCIA	D/V	CONTA	
NRO.		NRO.	
(Inserir digito se existir)		(Inserir digito 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.

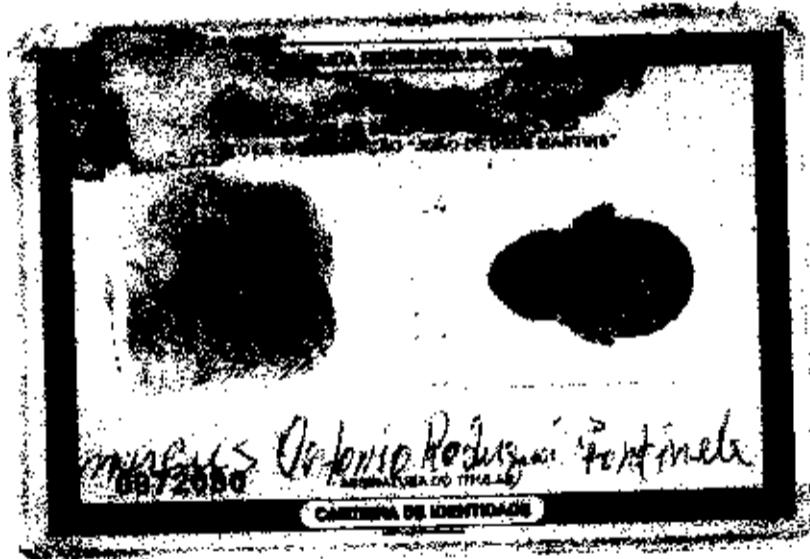
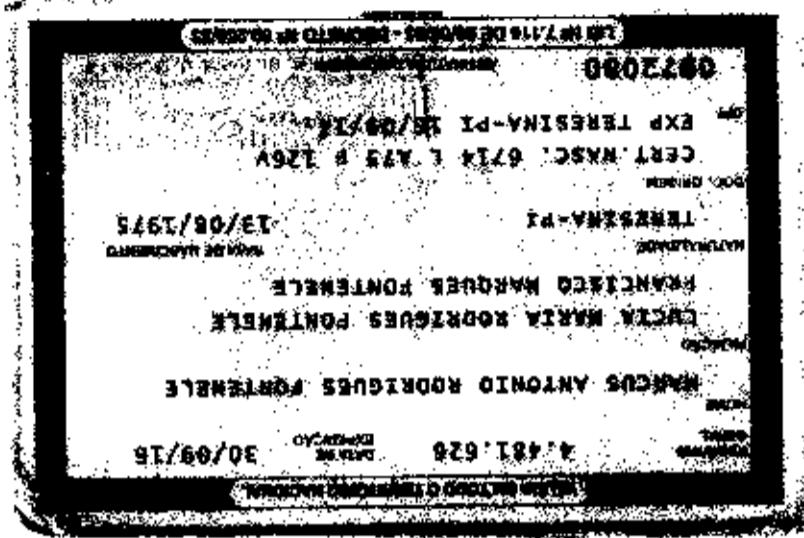
TERESINA 10 de JANEIRO de 2019

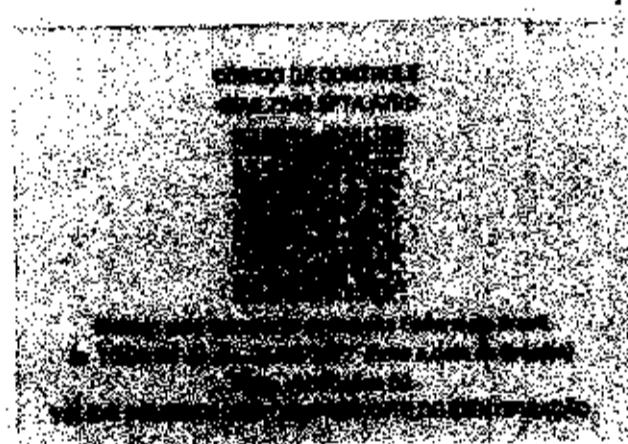
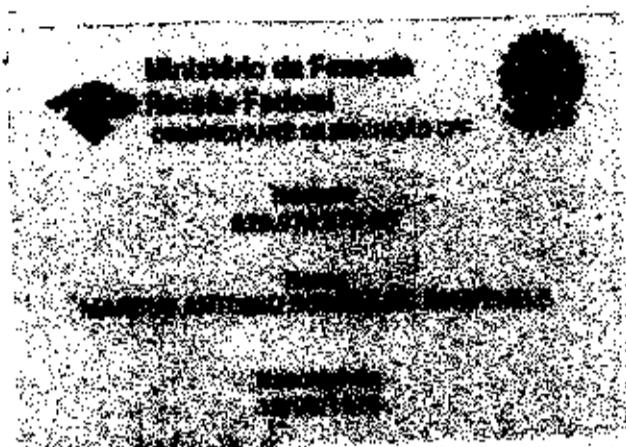
Local e Data

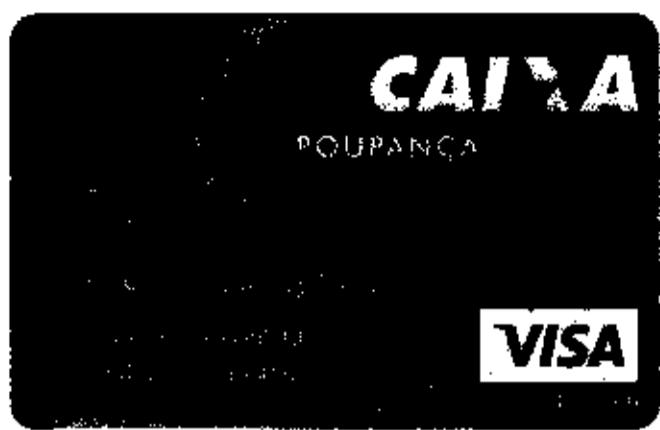
marcos antônio Rodrigues Fontenelle

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal









DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br
ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)
Antes do preenchimento da Declaração, recomendamos a leitura das orientações e informações
sobre os tipos de beneficiários nos termos da lei disponíveis no site da Seguradora Lider.

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Nome da vítima e beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos vivos, falecidos e *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador devem ser representados pelos pais, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários com idade entre 16 e 17 anos receberão assistidos pelos pais ou tutor. A declaração deverá ser preenchida com os dados do beneficiário e assinada pelo beneficiário e, também, por seu assistente legal, evidentemente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Caso os espaços sejam insuficientes para o preenchimento dos dados de todos os beneficiários, utilizar o formulário impresso numerando as folhas.

DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	<i>Francisco Marques Fontenelle</i>	CPF:	269.399.593-0	Data do óbito:	<i>12/04/2018</i>
Estado Civil:	<input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	<input checked="" type="checkbox"/> Deixou nascituro? *Deixou nascituro?
Deixou companheiro(a)?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se deixou companheiro (a), informar nome completo:			

DECLARAÇÃO

Declaramos que as pessoas abaixo identificadas são as únicas beneficiárias do Seguro DPVAT em razão do falecimento da vítima em decorrência do acidente de trânsito.
Estamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização naga pela seguradora, além de responder criminalmente por Infração ou artigo 299 do Código Penal. Por ser a expressão da verdade, assinamos a presente declaração.

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS:

Se a vítima faleceu casada, o cônjuge deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do cônjuge:

Se a vítima vivia em união estável até a data do óbito, o (a) companheiro(a) deverá preencher e assinar o campo abaixo

Nome completo:	CPF:
Local/data:	Assinatura do (a) companheiro (a):

Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	<i>FILHO 003.896.113-01</i>
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

TESTEMUNHAS, PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

1. Nome completo: *Maria Acácia dos Reis Fontenelle Andrade Marques de Oliveira* Nome completo: *731.281.343-91*
CPF: *607.332.583-03* TRESMAIS 10/01/2019 TRESMAIS 10/01/2019



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 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 ASL
3180476558

CPF da Vítima
269.399.593.00

Nome completo da vítima
Francisco Mamedes Fontenelle

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ricardo de Araújo Fontenelle	CPF (titular da conta) 003.896.113.01	Profissão Motorista
Endereço Rua Major Mamedes Lopes 1753	Número 2753	Complemento
Bairro Momâes do Sol	Cidade TERESINA	Estado PI
Email	CEP	64056-363
	Telefone (DDD)	(86) 99522-5672

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 checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA Nº: 0855	D/V 073	CONTA Nº: 00112381	Nº: 14
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome: _____ NIRE: _____			
AGÊNCIA Nº: 00000000	D/V 0000	CONTA Nº: 00000000	D/V 0000
(Inserir dígito se existir)		(Inserir dígito se existir)	

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

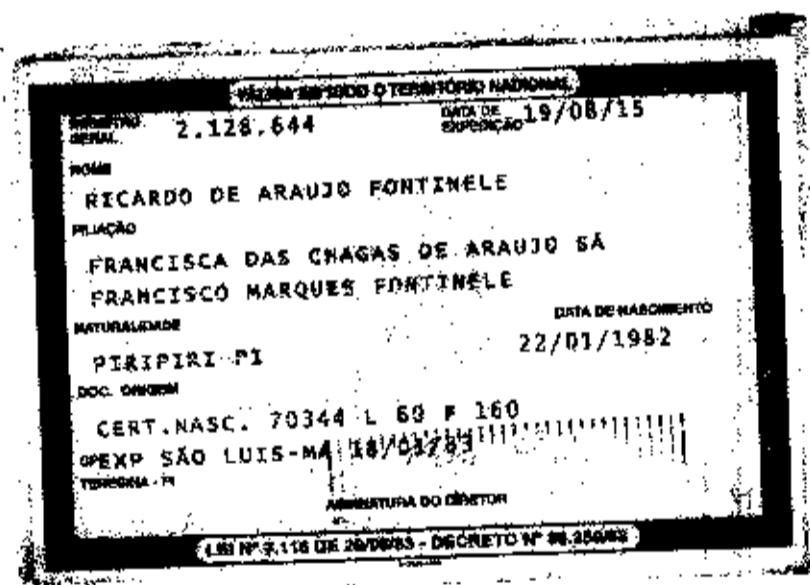
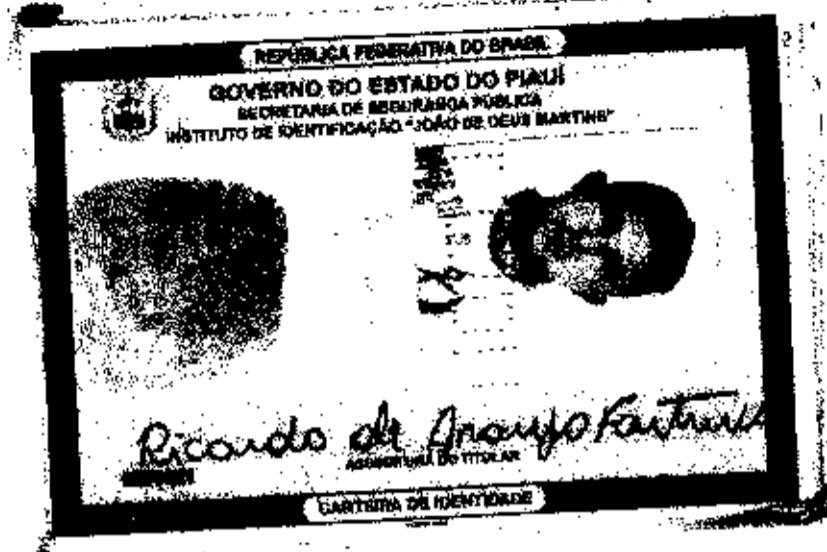
TERESINA, 10 de JANEIRO de 2019

Local e Data

Ricardo de Araújo Fontenelle

Família 1 - Assinatura do Beneficiário

Família 2 - Assinatura do Representante Legal



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Caixa de Pessoas Fiscais

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
003.896.113-01

Nome
RICARDO DE ARAUJO FONTENELE

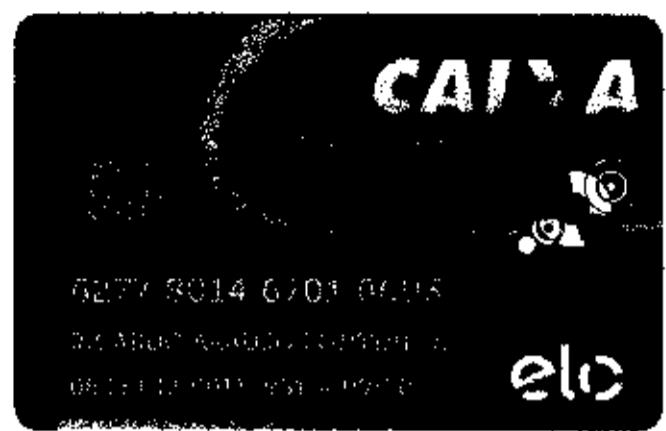
Nascimento
22/01/1982

VALIDAMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
8D6D.2EB9.E5B8.D28F

A autenticidade desse comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 14:44:07 de dia 14/09/2015 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:
31080476558

3 - CPF da vítima:
26939959300

4 - Nome completo da vítima:

FRANCISCO MARQUES FONTELE

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA	6 - CPF: 035.814.343-85		
7 - Profissão: RECLCLADORA	8 - Endereço: RS ngico, s/n, qd-aa, bl-08, ap-601	9 - Número: s/n	10 - Complemento: s/n
11 - Bairro: PORTAL DA ALEGRIA	12 - Cidade: TERESINA	13 - Fazenda: PI	14 - CEP: 64037-430
15 - E-mail: josuencves80@yahoo.com.br			16 - Tel. (DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR/CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço constante informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo, informar uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (101)

AGÊNCIA: 0578

CONTA: 00011869

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de mina titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quinze (15) dias do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LIMITE DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou informando, ou de apresentar à Líder o o Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.196/74, art. 39, § 5º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao seu reexame, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data de óbito da vítima: 12/04/2018

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Víma de seu companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima é filha de seu companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Víma: Sim Não 29 - Se tem filhos, informar se teve filhos? Sim Não 30 - Víma de seu companheiro(a): Sim Não 31 - Víma: Sim Não 32 - Se tem filhos, informar se teve filhos? Sim Não 33 - Víma de seu companheiro(a): Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estarão sujeitos, ainda, de que qualquer omisão na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impossível
digitar
o nome
beneficiário
que assina

35 - Nome legível de quem assina a foga/á pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a foga/á pedido

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a foga/á pedido

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DELEGACIA GERAL DA POLICIA CIVIL
CENTRAL DE FLAGRANTES



REQUISIÇÃO DE EXAME PERICIAL CADAVÉRICO
(ACIDENTE DE TRÂNSITO)

Requisição s/n

Teresina, 12 de abril de 2018.

A(o)

Ilmo(a). Sr(a).

DD. Diretor(a) do Instituto de Medicina Legal

L O C A L

Senhor(a) Diretor(a),

A fim de instruir procedimento policial, requisito de V. Sa., providências no sentido de proceder a **Exame Pericial Cadavérico**, no(s) corpo(s) FRANCISCO MARQUES FONTENELE, brasileiro, natural de Teresina-Piauí nascido aos 20/06/1953, filho de Francisco Moreira Fontineli e Anita Pinto de Mesquita Fontineli, casado, autônomo, R.G 216487 SSP/PI, C.P.F 269.399.593-00, residente em vida na Rua 38 N. 1268 - Vila Uruguai. Segundo familiar o mesmo se envolveu em acidente de trânsito na rotatória do Vale do Gavião, no dia 07/04/2018, sendo socorrido para o HUT - Hospital de Urgência de Teresina, onde veio a óbito nesta data.

Na oportunidade formulo os seguintes quesitos:

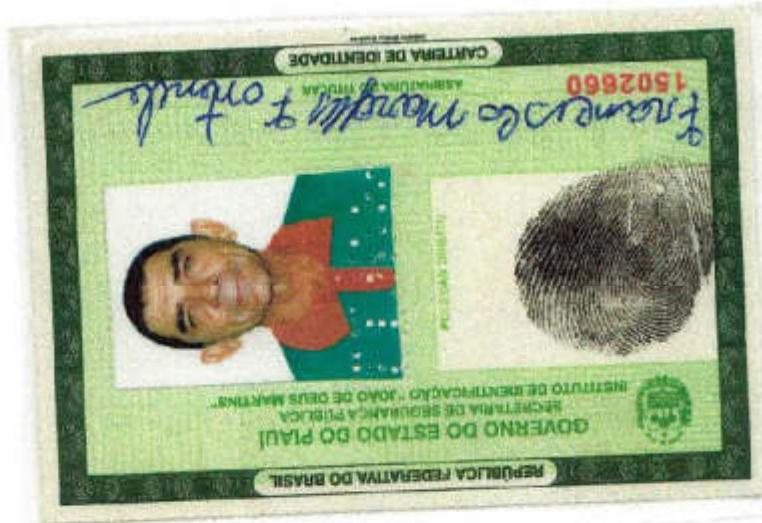
1. Houve morte?
2. Qual a causa da morte?
3. Qual o instrumento ou meio que a produziu?
4. Houve esmagamento, dilaceramento, ou outros tipos de lesões?
5. Tais lesões podem ter sido provocadas por acidente de trânsito?
6. Outros dados julgados úteis?

Cordialmente,

Del. Wesely Marques Leandro
DELEGADO(A) DE POLÍCIA CIVIL

OBS: ENCAMINHAR LAUDO PARA DELEGACIA REPRENSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITOS - DRCT.

Marto
12 04 18





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE

MATRÍCULA
078980 01 55 2018 4 00105 260 0055989- 67
(LIVRO C: 105 TERMO: 55989 FOLHA: 260)

SEXO MASCULINO	COR PARDA	ESTADO CIVIL E IDADE CASADO, 64 ANOS		
NATURALIDADE BURITI DOS LOPES-PI	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO RG- 218.437 SSP-PI CPF nº 26939659300	ELEITOR SIM		
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA				
FILIAÇÃO: FRANCISCO MOREIRA FONTENELE e ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE				
RESIDÊNCIA: AVENIDA PREFEITO HUGO BASTOS, Nº 7021, BAIRRO VALE QUEM TEM, TERESINA-PI				
DATA E HORA DE FALECIMENTO DOZE DO MÊS DE ABRIL DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 16:20		DIA 12	MÊS 04	ANO 2018
LOCAL DE FALECIMENTO HUT- HOSPITAL ZENON ROCHA, TERESINA-PI				
CAUSA DA MORTE INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA, EDEMA CEREBRAL, TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO, AÇÃO CONTUNDENTE, TUBERCULOSE PULMONAR				
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO) CEMITÉRIO SANTO ANTONIO, EM TERESINA-PIAUÍ		DECLARANTE RENATO ARAÚJO FONTENELE		
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO JOAO BOSCO PARENTES VEIRA - 1399 PI				
OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES SEM INFORMAÇÃO				
NOME DO ÓFICIO: 3º ÓFICIO DO REGISTRO CIVIL OFICIAL(A): IVONE ARAÚJO LAGES MUNICÍPIO: TERESINA-PI ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO				

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dto. nº.
Data e local: TERESINA-PI, 23 de Abril de 2018.

Assinatura do Oficial

Maria Carolina Araújo Lages
Maria Carolina Araújo Lages
Oficial(a) Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina - PI



AR PENBRASIL AA 009272993 BRP
www.arpenbrasil.com.br



*Francisco Marques Fontenele
Nº 269.399.593-00
Residente no bairro Polvilho
CEP 65700-000
São Luís/PI
Nº 31804-96558
Data: 23/11/17
Foto: 400400*







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE CASAMENTO

NOME
FRANCISCO MARQUES FONTENELE
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

MATRÍCULA
078980 01 55 1974 2 00006 219 0001254- 68

(LIVRO B: 5 TERMO: 1254 FOLHA: 219)

NOMES COMPLETOS DE SOLTEIRO, DATAS E LOCAIS DE NASCIMENTO, NACIONALIDADE E FILIAÇÕES DOS CÔNJUGES

FRANCISCO MARQUES FONTENELE, BRASILEIRO, NASCIDO EM BURITI DOS LOPES-PI, EM VINTE (20) DO MÊS DE JUNHO (06) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E TRÊS (1953), FILHO DE FRANCISCO MOREIRA FONTENELE E ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE.

LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA, BRASILEIRA, NASCIDA EM CAMPO MAIOR-PI, EM NOVE (09) DO MÊS DE JANEIRO (01) DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E CINQUENTA E CINCO (1955), FILHA DE ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA

DATA DE REGISTRO POR EXTESSO

PRIMEIRO DO MÊS DE NOVEMBRO DO ANO DE UM MIL, NOVECENTOS E SETENTA E QUATRO

DIA MÊS ANO
01 11 1974

REGIME DO CASAMENTO

COMUNHÃO UNIVERSAL DE BENS

NOME QUE CADA UM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/AMERBAÇÕES

CUMPRINDO O DISPOSTO NO ARTIGO DA LEI 6.015/73, COMUNICO-VOS QUE NO LIVRO C- 105, FLS- 260, SOB O NÚMERO 55989, FOI REGISTRADO O ASSENTO DE ÓBITO DE FRANCISCO MARQUES FONTENELE. DATA DO ÓBITO 12/04/2018.

NOME DO ÓFICIO: 3º ÓFICIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAUJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO N° 417 CENTRO

Encolhimento pagos	Certidão	Feminigrafia	Rebo	Total R\$
2º Via de casamento, com averbação, além da bucha	33,88	6,57	0,25	30,68

2º VIA

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dado N.
Data e local: TERESINA, PI, 23 de Abril de 2018.

Assinatura do Oficial

IVone Araujo Lages
Oficial Substituta
3º Cartório do Registro Civil
Teresina - PI



Selo de Fiscalização
e Autenticidade
Poder Judiciário do
Estado do Piauí
Atto de Notar,
Registrar e
Judiciar

CERTIDÃO
Nº AAK-52159



ARSENBRASIL AA 009272986 BRP
AUTENTICAÇÃO AUTÔMATICA DA DOCUMENTAÇÃO PÚBLICA



DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Número do livro

cc. (3) Tipo de Servicio Prestado, siendo:

Número do livro 4003

1950/688

Add (1997) and 2000 Results

Mémoires de l'Académie

• 11) Tira do livro, sendo:

12.000 € **Autista** **Regionale** **12.000 €**

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante lucia maria Rodrigues de oliveira,

portador(a) do documento de identidade nº 2006030093052 expedido por SSP/PI, em 07/03/2006 inscrito no CPF sob o nº 035.814.343-85, residente na cond-Dunas, RS-Cingóes, Q-AA, BL-08, AP. 601, nº 351m, complemento , Bairro Portal das Alúrias, cidade Teresina, Estado PI.

2. Outorgado felix villa nunes,

portador(a) do documento de identidade nº 2.042.02.4, expedido por SSP/PI, em 11/10/18, inscrito no CPF sob o nº 643.121.353-04, residente na C-Dilla Beethoven, n. 585, C-09, nº 585, complemento , Bairro Uruguai, cidade Teresina, Estado PI.

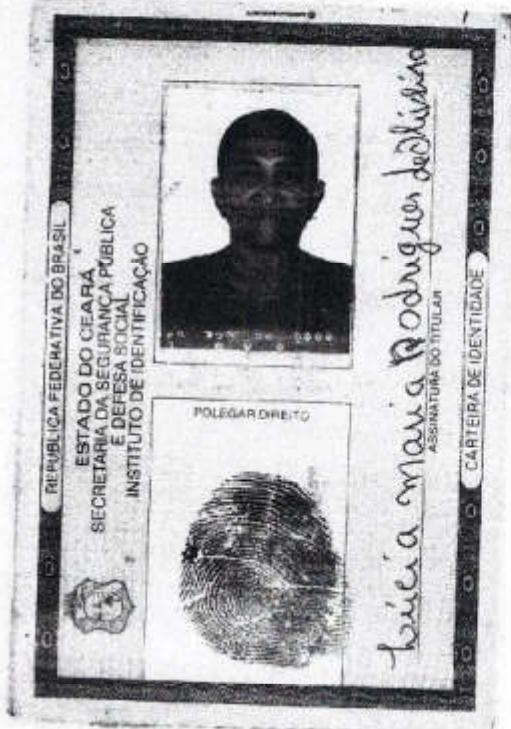
Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Teresina, 05 de setembro de 2019

Outorgante lucia maria Rodrigues de oliveira

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.



CÓDIGO DE CONTROLE
3249092B.1F63.F242

A autenticidade desse comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço:

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

no dia 26/09/2011 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

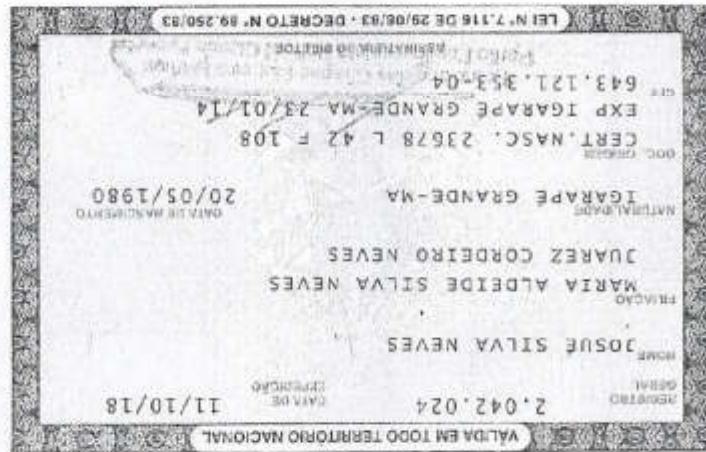


Ministério da Fazenda
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome
Número
035.814.343-85

Nome
Número
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA
Número
035.814.343-85

Nascimento
09/01/1955
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO





ESTADO DO PIAUÍ
PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA
SUPERINTENDÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO - CENTRO / NORTE
GERÊNCIA DE SERVIÇOS URBANOS - GSU
DIVISÃO DE SERVIÇOS DIVERSOS - DSD

98824-1206

AS 09.30 h

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE REABERTURA DE SEPULTURA

Eu Rita de Cássia Pinto Fontenelle fime

Naturalidade (PI) Estado Civil CASADA

Profissão Adv. FCR Residente e Domiciliado(a) Rua

N. SRE DO P. Senhor nº 2816 Bairro EDENÇAO

Carteira de Identidade RG 761.917.558-PI

fico responsável junto a SDU - Centro/Norte pela reabertura da sepultura localizada no
Cemitério SANTO ANTONIO

na Seção 2 Quadra 01 Fila I Cova Nº 15, dados anteriores/

Quadra 10 Secção J Bloco 03 Cova Nº 208, Placa 4855/04

Grau de parentesco do perpetuante: A REPELICADORA

OBS. Reaberta para sepultar Fco MARQUES FONTENELLE

Em 13/04/2018

Teresina (PI) 13/04/2018

Assinatura

Visto do Funtur - Sua. Doutor
Auxiliar Administrativo
Cemitério Santo Antônio
SDU CENTRO NORTE

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante lucia maria Rodrigues de oliveira,

portador(a) do documento de identidade nº 2006030093052 expedido por SSP/PI, em 07/03/2006 inscrito no CPF sob o nº 035.814.343-85, residente na cond-Dunas, RS-Cingóes, Q-AA, BL-08, AP. 601, nº 351m, complemento , Bairro Portal das Alúrias, cidade Teresina, Estado PI.

2. Outorgado felix villa nunes,

portador(a) do documento de identidade nº 2.042.02.4, expedido por SSP/PI, em 11/10/18, inscrito no CPF sob o nº 643.121.353-04, residente na C-Dilla Beethoven, n. 585, C-09, nº 585, complemento , Bairro Uruguai, cidade Teresina, Estado PI.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Teresina, 05 de setembro de 2019

Outorgante lucia maria Rodrigues de oliveira

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE : 003.896.113-01

Comprovante de residência

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE : 626.974.673-60

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 05/02/2019

Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

CPF: 626.974.673-60

Data do cadastramento: 05/02/2019

Nome: RAISSA MARQUES GOMES

CPF: 479.614.998-81

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

RAISSA MARQUES GOMES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

Número do Sinistro: 3180476558

Vítima: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

CPF: 269.399.593-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/04/2018

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES FONTENELE

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE : 003.896.113-01

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE : 626.974.673-60

Autorização de pagamento

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização de morte por acidente ocorrido a partir de 29.12.2006 é de R\$ 13.500,00. Metade desse valor é pago ao cônjuge ou companheiro/a, se houver, e metade aos herdeiros legais da vítima. Havendo mais de um herdeiro, a cota é dividida entre eles, no quanto couber a cada um.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 13/02/2019

Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

CPF: 626.974.673-60

Data do cadastramento: 13/02/2019

Nome: RAISSA MARQUES GOMES

CPF: 479.614.998-81

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

RAISSA MARQUES GOMES