





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<sup>[1]</sup>, 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 pendência, 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.**

**Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação 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 inerência 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 AUTURAL 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 paire 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
MASCULINO	PARDA	CASADO, 64 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
BURITI DOS LOPES-PI	RG- 218.487 SSP-PI CPF nº 26939959300	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	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 CADAVERÍCO.**

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 honorários 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; **JOSELAINE 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 n.º 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 n.º 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

JOSELAINE 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: 6 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 EXTENSO

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 CADAUM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

CUMPRINDO O DISPOSTO NO ARTIGO DA LEI 6.015/73, COMUNICO-VOS QUE NO LIVRO C- 105, FLS- 260, SOB O NÚMERO 55988, FOI REGISTRADO O ASSENTO DE ÓBITO DE FRANCISCO MARQUES FONTENELE. DATA DO ÓBITO 12/04/2018.

NOME DO OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAÚJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO

Emolumentos pagos	Cartório	Feminil	Selo	Total R\$
2ª Via do casamento, com averbação, além da busca	32,68	6,57	0,25	39,50

2ª VIA

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

Assinatura do Oficial

*Lucia Maria A. Lages*  
Oficial Substituto  
3º Cartório do Registro Civil  
Teresina - PI



ARPENBRASIL 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 infor.  
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](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13467098





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](http://www.seguradoralider.com.br)

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





---

**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



---

**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



---

**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





---

**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





---

**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**

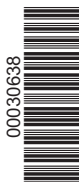
**Conta: 0000089416-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





---

**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





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

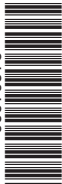
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

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/incorreto.

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





Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206  
excetuando-se 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 processamento do 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 (campo 7 "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 do Sinistro no ASI

CPF da Vítima

269.399.593.00

Nome completo da vítima

FRANCISCO MARQUES FONTENLE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo

RENATO ARAUJO FONTENLE

CPF titular da conta

042.477.613.20

Profissão

MARCELO RO

Endereço

AVENIDA PAULO HUGO BASTO

Número

7021

Complemento

Cidade

TERESINA

Estado

PE

CEP

64057-390

Cidade

TERESINA

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**

RECEBIMENTO

SEM RENDA

☒ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRAPESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (445)

☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

BANCO

BRAPESCO

Nº

237

AGÊNCIA

2120

CVV

2

CONTA

0530457

CVV

1

AGÊNCIA

2120

CONTA

0530457

CVV

1

informar se existe

informar se existe

informar se existe

informar se existe

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 26 de Setembro de 2018

Local e Data

Renato Araujo Fontenle

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 7 - 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

CPF do Vítima

Nome completo da vítima

269.399.593-00 FRANCISCO MARQUES FONTENELE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo RENATO ARAUJO FONTENELE	CPF titular da conta 012.444.023-20	Profissão MATEMÁTICO
Endereço Av. Parafuto HUGO BASTOS	Número 7021	Complemento
Bairro Vale Bom Tem	Cidade Teresina	Estado PI
E-mail r.a.madulades@gmail.com	CEP 64057-390	Telefone (DDD) 067 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"/> 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
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (231) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
Banco BRADESCO		NIC 737	
AGÊNCIA NR0 [ ]	DIV [ ]	AGÊNCIA NR0 2120	DIV 2
CONTA NR0 [ ]		CONTA NR0 0530457	
DIV [ ]		DIV 1	
[Informar dígito se existir]		[Informar dígito se existir]	

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

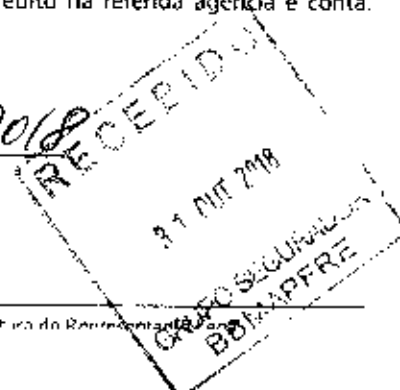
Teresina 16 de outubro de 2018

Local e Data

Renato Araújo Fontenele

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







Bradesco

5090 0030 7302 1101



5090 0030 7302 1101

01/12 2020 05004571 01 00

RENATO ARAUJO FONTENELE

RENATO ARAUJO FONTENELE

elo

RECEBIDO  
21 OUT 2018  
GRUPO SEGURADO  
BENEFICARIO





**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 MARQUES FONTENELE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
MARCELO ANTONIO RODRIGUES FONTENELE	026.374.673-60	NEOTOMISTA
Endereço	Número	Complemento
RUA 36 BARCA VELHA	208P	
Bairro	Cidade	Estado
VILA DRUGUAI	TERESINA	PI
Email		CEP
		Telefone (DDD)
		(86) 99544-1066

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 2004

D/V

013

CONTA

NRO. 00089416-7

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Ramo

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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 13 de Novembro de 2018

Local e Data

Marcelo Antonio Rodrigues Fontenele

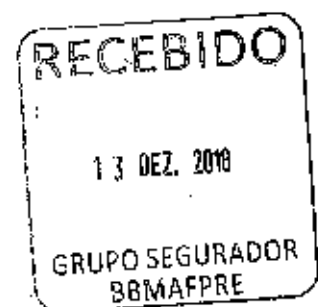
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

13 DEZ. 2018

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE







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 Nuno dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Ricardo de Araujo Fontenelle</b>		CPF titular da conta <b>003.896.113-01</b>	Profissão <b>Autônomo</b>
Endereço <b>Rua major Nuno dos Santos</b>		Número <b>153</b>	Complemento
Bairro <b>Monte da Sol</b>	Cidade <b>Terceirina</b>	Estado <b>PI</b>	CEP <b>64.056-363</b>
Email		Telefone (DDD) <b>86 3146-6625</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0855

(Informar dígito se existir)

D/V

013

CONTA

Nº

00112981-4

(Informar dígito se existir)

D/V

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

Nº

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

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

Terceirina 13 de Novembro de 2018

Local e Data

Ricardo de Araujo Fontenelle

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

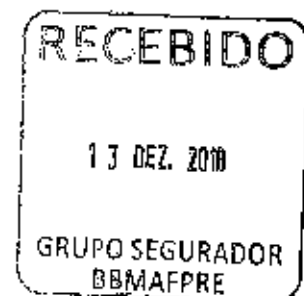
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**RECEBIDO**

13 DEZ. 2018

GRUPO SEGUADOR  
BBMAFRE









**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 MARQUES FONTENELE

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo MARCELO ANTONIO RODRIGUES FONTENELE		CPF titular da conta 026.374.673-60	Profissão motorista
Endereço RUA 36 BARCA VELHA		Número 208P	Complemento
Bairro VILA ARROQUIA	Cidade TERESINA	Estado PI	CEP
Email		Telefone (DDD) (86) 99544-1066	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.  
2004

D/V

013

CONTA

NRO.  
00089416-7

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

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

BANCO

Ramo

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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 13 de Novembro de 2018

Local e Data

Marcelo Antonio Rodrigues Fontenele

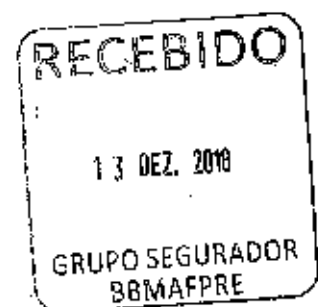
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

13 DEZ. 2018

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE







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 Nuno dos Santos

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo <b>Ricardo de Araujo Fontenelle</b>		CPF titular da conta <b>003.896.113-01</b>	Profissão <b>Autônomo</b>
Endereço <b>Rua major Nuno dos Santos</b>		Número <b>153</b>	Complemento
Bairro <b>Monte da Sol</b>	Cidade <b>Terceirina</b>	Estado <b>PI</b>	CEP <b>64.056-363</b>
Email		Telefone (DDD) <b>861 9146-6625</b>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0855

(Informar dígito se existir)

D/V

013

CONTA

Nº

00112981-4

(Informar dígito se existir)

D/V

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

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

Nº

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

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

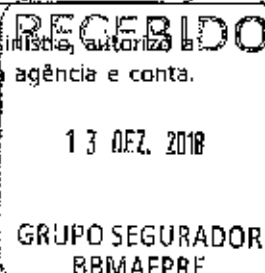
Terceirina 13 de Novembro de 2018

Local e Data

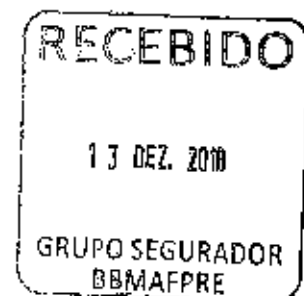
Ricardo de Araujo Fontenelle

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal











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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

**Beneficiário 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 no ASL: 3180476558 CPF do(s) titular(es): 269.399.593.00 Nome completo do(s) titular(es): FRANCISCO MARQUES FONTENELO

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo	<u>FRANCISCO ANTONIO RODRIGUES FONTENELO</u>			CPF titular da conta	<u>269.399.593.00</u>	Profissão	<u>PROFESSOR</u>
Endereço	<u>RUA MARCONI MANOEL LOPES 1753</u>			Número	<u>1753</u>	Complemento	
Bairro	<u>URUBA DO SOL</u>	Cidade	<u>TERESINA</u>	Estado	<u>PI</u>	CEP	<u>64.056.363</u>
Email							

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input type="checkbox"/> RECURSO 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"/> ITAÚ (141) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRD <u>2004</u>	DV <u>03</u>	CONTA NRD <u>00089416</u>	DV <u>7</u>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) BANCO Nome _____ NRD _____ AGÊNCIA NRD _____ DV _____ CONTA NRD _____ 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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

TERESINA 10 de Janeiro de 2019

Local e Data

Francisco Antonio Rodrigues Fontenelo

Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante Legal (se for o caso)

Francisco Antonio Rodrigues Fontenelo  
21/02/2019 11:03:43



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 FONTENELE**

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: **RECLICLADORA** 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 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64037-430**  
15 - E-mail: **iosueneves80@vahoo.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, reside no endereço informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados, Anote uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (101)  
Nome do BANCO:

AGÊNCIA: **0578** CONTA: **00011869** 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha 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, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinilar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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 assinado, 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 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **12/04/2018**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do ciente, ainda, de que qualquer omissão 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 - Assinatura digital da vítima/beneficiário (se houver)  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

**Lucia Maria Rodrigues de Oliveira**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL			
INSÍGNIA 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
DOC. ORIGINAL	CERT. NASC. 23678 L 42 F 108		
EXP	IGARAPÉ GRANDE-MA 23/01/14		
CPF	643.121.353-04		
ASSINATURA DO DETENTOR			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83			

CARTeira DE IDENTIDADE	
ASSINATURA DO TITULAR	<i>Josue Silva Neves</i>
	
GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	





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: 6 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 EXTENSO

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 CADAUM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES

CUMPRINDO O DISPOSTO NO ARTIGO DA LEI 6.015/73, COMUNICO-VOS QUE NO LIVRO C- 105, FLS- 260, SOB O NÚMERO 55988, FOI REGISTRADO O ASSENTO DE ÓBITO DE FRANCISCO MARQUES FONTENELE. DATA DO ÓBITO 12/04/2018.

NOME DO OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAÚJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO

Emolumentos pagos	Cartório	Feminil	Selo	Total R\$
2ª Via do casamento, com averbação, além da busca	32,68	6,57	0,25	39,50

2ª VIA

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

Assinatura do Oficial

*Lucia Maria A. Lages*  
Oficial Substituta  
3º Cartório do Registro Civil  
Teresina - PI



CERTIDÃO  
Nº AAK-52159

ARPENBRASIL AA 009272986 BRP





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

## 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. 2018

GRUPO SEGUADOR  
BBMAFPRE

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE	ELEITOR
MASCULINO	PARDA	CASADO, 64 ANOS	SIM
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		
BURITI DOS LOPES-PI	RG- 216.487 SSP-PI CPF nº 20839958300		

### FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

FILIAÇÃO: FRANCISCO MOREIRA FONTENELE e ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE  
RESIDÊNCIA: AVENIDA PREFEITO HUGO BASTOS, Nº 7021, BARRIO VALE QUEM TEM, TERESINA-PI

### DATA E HORA DE FALECIMENTO

DOZE DO MÊS DE ABRIL DO ANO DE DOIS MIL E DEZOITO ÀS 18:20

### 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-PI

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

JOÃO BOSCO PARENTES VEIRA - 1399 PI

### OBSERVAÇÕES/ANOTAÇÕES

SEM INFORMAÇÃO

### NOME DO OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): RONE ARAÚJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO

### DECLARANTE

RENATO ARAÚJO FONTENELE

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

Assinatura do Oficial

Maria Carmem Araújo Lages  
Oficial Substituta  
3º Cartório do Registro Civil  
Teresina - PI



ARPENBRASIL AA 009272983 BRP





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR  
Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



SAMU  
192

Dados do Chamado	01 Nº do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	06 Saída do local	07 Chegada ao 1º hospital	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	13 Ponto de referência				
Dados do Paciente	14 Nome	15 Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado		
	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte 06 - Tentativa de suicídio 11 - Queda 16 - Outros 02 - Agressão física-espantamento 07 - Envenenamento 12 - Urgência clínica 17 - Já removido 03 - Agressão física-FAF 08 - Afogamento 13 - Urgência obstétrica 18 - Falso chamado 04 - Agressão física-FAB 09 - Queimadura 14 - Transferência 05 - Urgência psiquiátrica 10 - Choque elétrico 15 - Exames complementares				
Acidente de Transporte	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança	
	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 5 - Ônibus/Micro-ônibus 2 - Automóvel 6 - Outro 3 - Motocicleta 9 - Ignorado 4 - Bicicleta	1 - Automóvel 5 - Objeto fixo 2 - Motocicleta 6 - Animal 3 - Ônibus/Micro-ônibus 7 - Outra 4 - Bicicleta 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag Cinto de segurança Assento para criança	
Exame Físico	23 Glasgow = 15		24 Sinais Vitais		25 Local da lesão
	RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma		RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum		
Assistência	26 Pupilas		27 Pulso		28 Sangramento
	1 - Iguais 2 - Desiguais 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente		29 Dor ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 Sem Dor 1 Leve 3 Moderada 7 Intensa 10		
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não)		30 Fratura		32 Hospital de Destino
	1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não		1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não		
Observações Interdisciplinar	33 Condições de entrada		34 Óbito		35 Observações Interdisciplinar
	1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado		1 - Sim 2 - Não 1 - Sim 2 - Não		
Paciente sonolento, trauma em face, expirações em mnti, sugestivo a bebida alcoólica. O mesmo relatar por HHS					
CONFERE COM O ORIGINAL Mônica Veloso Contanhete Gerente Administrativa SAMU					
Responsável pela recepção Enfermeiro 202-203-683		Socorristas Médico AE/TE		Enfermeiro Condutor	





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

RUA BRAGA, 1300 - BARRAGEM - FONE: 36 1109 4111

TERESINA - PI CEP: 64017-770 CNPJ: 06.582.917/0007-01

ATO CLINICO

União Geral de  
Núcleo  
Dr. Fernando

## BOLETIM DE ENTRADA - BE

### DADOS DO PACIENTE:

Nome: FRANCISCO MARQUES FONTINELE		Prontuário: 473062	
Mãe: MARIA F. DA SILVA	Pai: FRANCISCO MOREIRA FONTINELE		
End. Resid: RUA ...	End. Local: ...		
Nascimento: ...	Idade: 64 anos	Sexo: Masculino	Fone: ...
Responsável: ...	CNS: 70706730732299	Documento: CPF: 269.349.993-7	
Profissão: ...	E.Civil: ...	E.Civil: ...	
G. Instrução: ...	End. Local: ...		

### DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 659113	Data: 08/04/2018 20:11:21	Condução: ...
Motivo da Procura: ...		
Acid. Trab. ...	Acid. Trajeto: ...	Acid. Trab. Típico: ...
CID Secundário: V299		Convenção: S e S

### DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma: ...	Evento Principal: ...	Destino: ...	Classificação: ...
...	...	...	Amarelo
Breve História: ...		Profissional Clas. Risco: ...	
...		...	

### DADOS CLÍNICOS: (Hora: ...)

Anamnese realizada na SPA, vítima de acidente de trânsito, com sinais de embriaguez. A: Vias aéreas patentes, sem voz de velas cervical e prancha rígida. B: Mucosas úmidas. Sat. O<sub>2</sub> = 93 em ar ambiente. C: Pulso forte e regular, inerte e pele úmida. D: Glasgow 15, pupilas isocóricas e reativas. E: Presença de lesões em superfície.

Idade: 70	Sexo: M	Temp.: ...
...	...	...

### CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

TC de crânio  
Paciente com trauma, com lesões em superfície.  
SFO 97 - 500 ml, EV, abeto  
+ 50 ml quoro 50% no zero.

### MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

DATA: ...	HORA: ...	Procedimento: ...	CID: ...
-----------	-----------	-------------------	----------



# 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 FONTINELE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000112981-4

---

Nr. da Autenticação 2BE161EC63CB4169



BRABESCO

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

BRABESCO0911201805000000000023702120000000530457225000    PAGO





010089291

02-30

## SINTESI

53

TIME SIN TRIETS:  
d h m s - 0.684093

**MEUS TEMAS IMPORTANTES / ANÚNCIO DE EVENTO**

LYQUE 0000 000 0000 E PAÇO OPERA VENTILANDO 1 5 10 15 20 25

8111 0047-0146 1980 4022 11FF 8C1A AB80 279D 6045 6106 C698

COMPARAÇÃO DA CENITA - 85		COMPARAÇÃO DA CENITA - 86	
Alimento	17,26	Alimento	83,17
Almôndoas	32,79	Almôndoas	22,00%
Almôndoas	5,15	Almôndoas	18,28
Almôndoas	5,21	Almôndoas	0,78
Almôndoas	22,70	Almôndoas	3,64

INDICATIONS OF CONTAMINATION

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

## TERESIMA

**ကျွန်ုပ်တို့**

29.16

**Elektrobras**  
2014. gada 19.

1559661-3

92.2

08/2012

2011

$$Z_{\text{eff}} = \frac{\sum_i Z_i^2}{\sum_i Z_i} = 0.89$$

Nº do Registo Fiscal: 010089201 FCAI

8368000000 9 92290017000 7 00000001559 4 66130818008 1



SEQ.: 00125 UC: 1559661-3 DT. LEIT.: 21/08/2018 T. ENTR.: 01  
FEITURA: 1049 MINIMO TOTAL: 92,29 CARGA: 027  
DT. VENC.: 28/08/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2241

RECEBIDO

10 MAY 2018

W. J. PO SEGUADOR  
BBMAFPRE



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/001-89 (Insc. Estadual: 19.201.381-5)  
Nota Fiscal / Cofre de Energia Elétrica - Série 3-1  
Registro Especial de Impressão autenticada pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal

015534665

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.418 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO MENSUAL	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	01/01/2019	30	20,04

FRANCISCA DAS CHAGAS ARAUJO SA  
R. M) MANOEL LOPES 1753 1763 MORADA DO SOL  
CPF: 00055253261320  
CEP: 64.056-363 - TERESINA

PARÂMETROS	KWH	DATAS DA LEITURA
Antes	2660	Antes 24/12/2018
Depois	2660	Depois 26/11/2018
Consumo de Medição	1,000	Próxima Leitura 22/01/2019
Consumo - Medidor	0	Encerrado 21/12/2018
Consumo - Medidor	0	Apresentação 24/12/2018

Consumo Substituído	Uso	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	Residência	4123738		1-3-1-1	20,04

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	30 A R\$ 0,668264	20,04
NOV/18	74	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA	- 0,04
OUT/18	30		
SET/18	30		
AGO/18	30		
JUL/18	30		
JUN/18	30		
MAI/18	128		
ABR/18	122		
MAR/18	113		
FEV/18	233		

Mês/Ano	Valor R\$	Unidade tributária sujeita a cobrança de Imposto de Renda
11/2018	64,04	Unidade tributária sujeita a cobrança de Imposto de Renda

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Contribuição	5,27
Energia	9,97
Transmissão	1,56
Extensão	1,58
Aluguel	1,66
	Valor de Cálculo
	Alíquota ICMIS
	Valor de ICMS
	Valor de PIS
	Valor de COFINS

INDICADORES DE CONTINUIDADE
5,31 10,63 21,25 3,36 6,73 13,45 3,03
0,00 0,00 0,00

TERESINA - SATELITE 10/2018

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0441732-1	20,04
MES SATURADO	VENCIMENTO
DEZ/18	01/01/2019

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/001-89 (Insc. Estadual: 19.201.381-5)  
Nota Fiscal / Cofre de Energia Elétrica - Série 3-1  
Registro Especial de Impressão autenticada pela SEFAZ/PI

850300000000 4 20040017000 3 00000000441 6 73211218008 6

SEQ.: 00087 UC: 0441732-1 DT. LEIT.: 24/12/2018 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 2660 MÍNIMO TOTAL: 20,04 CARGA: 024  
DT. VENC.: 01/01/2019 IRREG.: 030 COLETOR: 1311

RECEBIDO  
05 FEV 2019  
GRUPO SEGURADORA  
OMNI-PIRE



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ  
Av. Maranhão 750 - Centro-Sul - Teresina - PI  
CEP: 64.040-740/001-89 (Insc. Estadual: 19.201.381-5)  
Nota Fiscal / Cofre de Energia Elétrica - Série 3-1  
Registro Especial de Impressão autenticada pela SEFAZ/PI

Nº da Nota Fiscal

015534665

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada  
pelo Lei nº 10.418 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO MENSUAL	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	01/01/2019	30	20,04

FRANCISCA DAS CHAGAS ARAUJO SA  
R. M) MANOEL LOPES 1753 1763 MORADA DO SOL  
CPF: 00055253281320  
CEP: 64.056-363 - TERESINA

PARÂMETROS	KWH	DATAS DA LEITURA
Antes	2660	Antes 24/12/2018
Depois	2660	Depois 26/11/2018
Consumo de Medição	1,000	Próxima Leitura 22/01/2019
Consumo Medido	0	Encerrou 21/12/2018
Consumo Estimado	0	Apresentação 24/12/2018

Condição de Uso	Uso	Número Medidor	Posição	Código Pat.	Módulo 12 meses
RESIDENCIAL	Residencial	4123738		1-3-1-1	72

HISTÓRICO KWH	CONSUMO	DISTRIBUIÇÃO DE CUSTA
NOV/18 74	30 A R\$ 0,668264	20,04
OUT/18 30	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 0,04	
SET/18 30		
AGO/18 30		
JUL/18 30		
JUN/18 30		
MAI/18 128		
ABR/18 122		
MAR/18 113		
FEV/18 233		

Mês/Ano	Valor R\$	Unidade
11/2018	64,04	Unidade monetária sujeita a tributação de 11/2018

RECEBIDO AO FISCAL FDB4.EFF7.7623.8C0B.28F6.ESA7.AD93.DCAB

COMPOSIÇÃO DA CUSTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Uso: 5,27	Base de Cálculo
Energia: 4,97	Alíquota ICMIS
Transmissão: 1,56	Valor de ICMS: 0,29
Extensão: 1,58	Valor de PIS: 1,37
Atividade: 1,66	Valor de COFINS

INDICADORES DE CONTINUIDADE
5,31 10,63 21,25 3,36 6,73 13,45 3,03
0,00 0,00 0,00

TERESINA - SATELITE 10/2018





SEQ.: 00087 UC: 0441732-1 DT. LEIT.: 24/12/2018 T. ENTR.: 04  
LEITURA: 2660 NINHO TOTAL: 20,04 CARGA: 024  
DT. VENC.: 01/01/2019 IRREG.: 030 COLETOR: 1311

RECEBIDO  
05 FEB 2019  
GRUPO SEGUADOR  
BRASIL



**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT**



# DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 atos do beneficiário 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 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: FRANCISCO MARIANO FONTENELE CPF: 269.399.593-00 Data do 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 \*Deseja nascer? ☐ Sim ☒ Não  
Deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☒ 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.  
Esteamos cientes de que, caso esta declaração não traduza a verdade, teremos que ressarcir a indenização paga pela seguradora, além de responder criminalmente por infração 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: RENATO ARAUJO FONTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 012.477.613-20  
Local/data: Terresina 16/10/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Renato Araújo Fontenele  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (\*se houver): \_\_\_\_\_

Nome completo: RICHARD DE ARAUJO FONTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 003.896.113-01  
Local/data: Terresina 16/10/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Richard Araújo Fontenele  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (\*se houver): \_\_\_\_\_

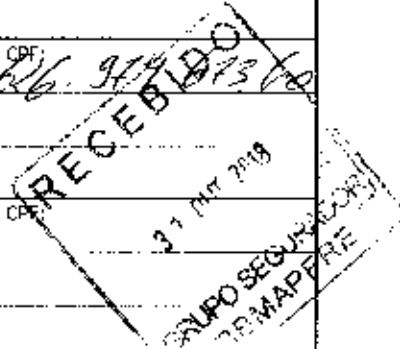
Nome completo: MARCOS ANTONIO RAMOS FONTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 016.914.613-60  
Local/data: Terresina 16/10/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Marcos Antonio Ramos Fontenele  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (\*se houver): \_\_\_\_\_

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 dos Reis Fontenele CPF: 004.332.583-03 Local/data: Terresina 16/10/2018  
2 - Nome completo: Gildamires da Cunha Lima CPF: 160.546.023-06 Local/data: Terresina 16/10/2018







## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 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 de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

### DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	<i>Francisco Marques Fontenelle</i>	CPF:	<i>269.399.593-00</i>	Data do óbito:	<i>12/04/2018</i>
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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	Nº vivos: <i>3</i> Nº falecidos:
Deixou companheira(a)?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se deixou: companheira (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 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:
<i>Francisco Antonio Rodrigues Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>626.974.673-60</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>13/11/2018</i>	<i>Francisco Antonio Rodrigues Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Renato Araújo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>012.477.615-20</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>13/11/2018</i>	<i>Renato Araújo Fontenelle</i>	
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):	

Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:
<i>Ricardo de Araújo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>003.896.113-01</i>
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:	
<i>13/11/2018</i>	<i>Ricardo de Araújo 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:	2 Nome completo:
<i>Maria Aparecida de Kar. Fontenelle</i>	<i>Esperança dos Chapas Araújo</i>
CPF:	CPF:
<i>007.332.583-01</i>	<i>552.532.613-20</i>





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 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 de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

### DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: FRANCISCO MORAES FORTENELE CPF: 269.399.583-03 Data do 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)? ☐ Sim ☒ 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 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: 3 DEZ. 2018

Nome completo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do (a) companheiro (a): \_\_\_\_\_  
GRUPO SEGURADOR  
BSMAFRE

### Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: RICARDO DE ARAÚJO FORTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 003.896.113-01  
Local/data: Aracaju 13/11/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Ricardo de Araújo Fortenele  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (\*se houver): \_\_\_\_\_

Nome completo: RENATO ARAÚJO FORTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 012.474.613-20  
Local/data: Aracaju 13/11/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Renato Araújo Fortenele  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (\*se houver): \_\_\_\_\_

Nome completo: MARCOS ANTONIO RODRIGUES FORTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 026.944.613-66  
Local/data: Aracaju 13/11/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Marcos Antonio Rodrigues Fortenele  
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 Junior 2 - Nome completo: Graniera das Chagas Araujo  
CPF: 009-332.583-03 Local/data: Aracaju CPF: 552.532.613-20 Local/data: Sa





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 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 de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

### DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo:	<i>Francisco Marques Fontenelle</i>	CPF:	<i>269.399.593-00</i>	Data do óbito:	<i>12/04/2018</i>
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 checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar:	Nº vivos: <i>3</i> Nº falecidos:
Deixou companheira(a)?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se deixou: companheira (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 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.			<b>RECEBIDO</b>  13 DEZ. 2018  GRUPO SEGURADOR BBMAFRE
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:	
<i>Francisco Antonio Rodrigues Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>626.974.673-60</i>	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
<i>13/11/2018</i>	<i>Francisco Antonio Rodrigues Fontenelle</i>		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
<i>Renato Araújo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>012.477.615-20</i>	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
<i>13/11/2018</i>	<i>Renato Araújo Fontenelle</i>		
Local/data:	Assinatura do Assistente ou Representante Legal (*se houver):		
Nome completo:	Grau de parentesco com a vítima:	CPF:	
<i>Ricardo de Araújo Fontenelle</i>	<i>FILHO</i>	<i>003.896.113-01</i>	
Local/data:	Assinatura do Herdeiro Legal:		
<i>13/11/2018</i>	<i>Ricardo de Araújo 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:	2 Nome completo:
<i>Maria Aparecida da Silva</i>	<i>Esperança dos Santos Araújo</i>
CPF:	CPF:
<i>007.332.583-01</i>	<i>552.532.613-20</i>





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 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 de todos os beneficiários, utilizar outro impresso numerando as folhas.

### DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: FRANCISCO MORAES FORTENELE CPF: 269.399.583-03 Data do 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)? ☐ Sim ☒ 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 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: 3 DEZ. 2018

Nome completo: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do (a) companheiro (a): \_\_\_\_\_  
GRUPO SEGURADOR  
BSMAFRE

### Campos para preenchimento dos Herdeiros Legais

Nome completo: RICARDO DE ARAÚJO FORTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 003.896.113-01  
Local/data: Aracaju 13/11/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Ricardo de Araújo Fortenele  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (\*se houver): \_\_\_\_\_

Nome completo: RENATO ARAÚJO FORTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 012.474.613-20  
Local/data: Aracaju 13/11/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Renato Araújo Fortenele  
Local/data: \_\_\_\_\_ Assinatura do Assistente ou Representante Legal (\*se houver): \_\_\_\_\_

Nome completo: MARCOS ANTONIO RODRIGUES FORTENELE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 026.944.613-66  
Local/data: Aracaju 13/11/2018 Assinatura do Herdeiro Legal: Marcos Antonio Rodrigues Fortenele  
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 Junior 2 - Nome completo: Graniera das Chagas Araujo  
CPF: 009-332.583-03 Local/data: Aracaju 13/11/2018 CPF: 552.532.613-20 Local/data: Aracaju 13/11/2018



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 FONTENELE**

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: **RECLICLADORA** 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 - Estado: **PI** 14 - CEP: **64037-430**  
15 - E-mail: **iosueneves80@vahoo.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, reside no endereço informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:  
☐ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00  
☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 A R\$20.000,00 ☐ ACIMA DE R\$20.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Anote a 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 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha 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, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinilar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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 assinilado, 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 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **12/04/2018**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do ciente, ainda, de que qualquer omissão 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 - Assinatura digital da vítima/beneficiário (se houver)  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido  
38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

**Lúcia Maria Rodrigues de Oliveira**  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)















VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.481.626 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/16

ISOLAR

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

RELACAO

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 13/08/1975

DCC, OSEBOM

CERT. NASC. 6714 L A75 F 126V

CPE EXP TERESINA-PI 18/09/14

0972080

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA

TOQUE

CAIXA "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0972080

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

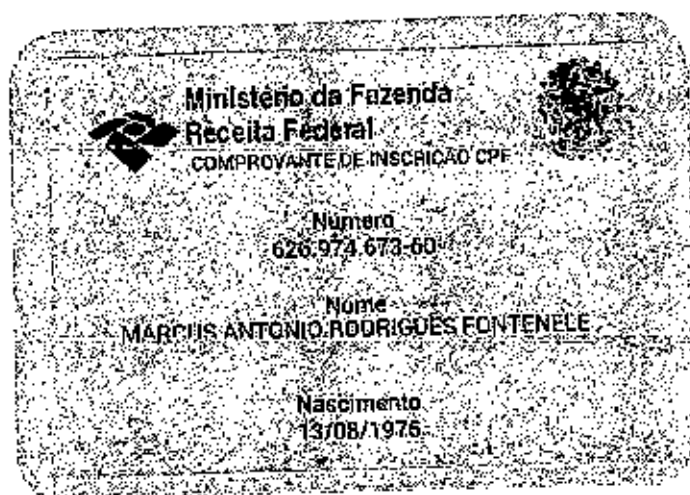
RECEBIDO

13 MEZ 2018

GRUPO SEGURADOR

BBMAFRE



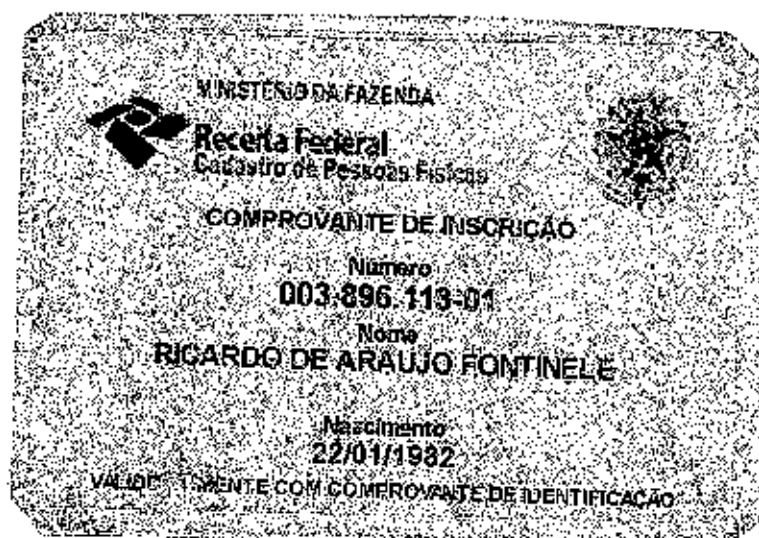






VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.128.644
DATA DE EXPEDICÃO	19/08/15
NOME	
RICARDO DE ARAUJO FONTINELE	
FILIAÇÃO	
FRANCISCA DAS CHAGAS DE ARAUJO SA	
FRANCISCO MARQUES FONTINELE	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
PIRIPIRI-PI	22/01/1982
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 70344 L 60 F 160	
EXP. SÃO LUIS-MA 18/01/85	
TERESINA-PI	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 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

ISOLAR

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

RELACAO

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 13/08/1975

DCC, OSEBOM

CERT. NASC. 6714 L A75 F 126V

CPE EXP TERESINA-PI 18/09/14

0972080

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

SECRETARIA DE SEGURANÇA

TOQUE

CAIXA "JOÃO DE DEUS MARTINS"

0972080

ASSINATURA DO TITULAR

CARTERA DE IDENTIDADE

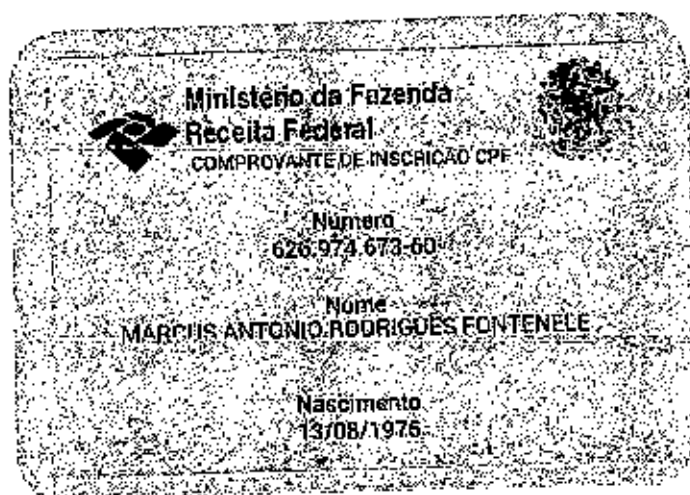
RECEBIDO

13 MEZ 2018

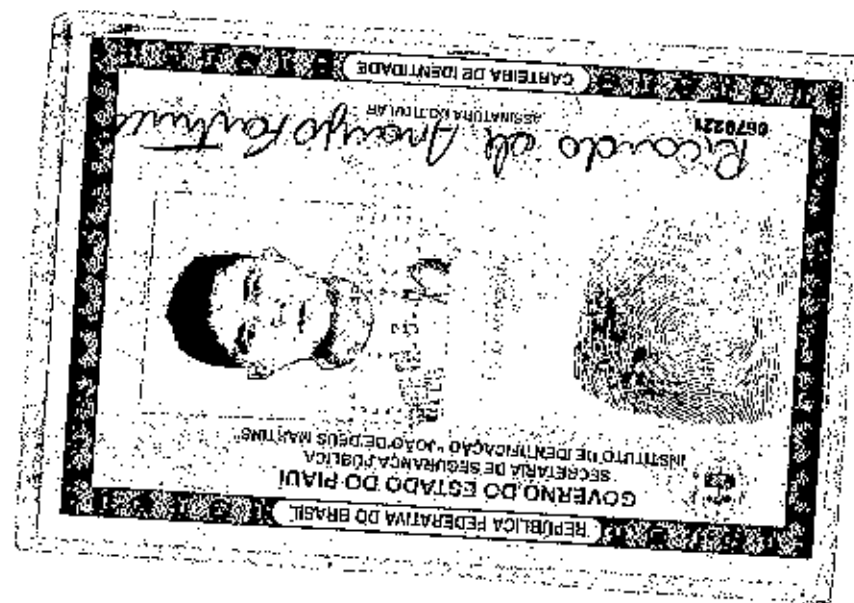
GRUPO SEGURADOR

BBMAFRE



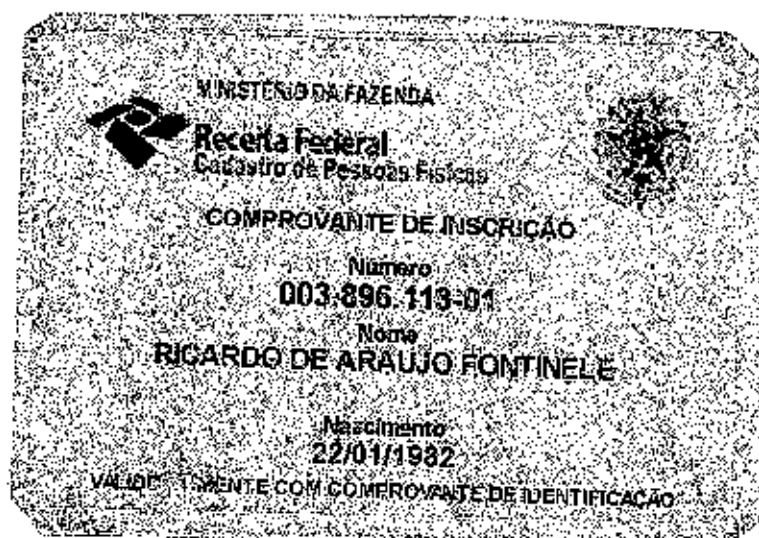






VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.128.644
DATA DE EXPEDICÇÃO	19/08/15
NOME	
RICARDO DE ARAUJO FONTINELE	
FILIAÇÃO	
FRANCISCA DAS CHAGAS DE ARAUJO SA	
FRANCISCO MARQUES FONTINELE	
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
PIRIPIRI-PI	22/01/1982
DOC. ORIGEM	
CERT. NASC. 70344 L 60 F 160	
EXP. SÃO LUIS-MA 18/01/85	
TERESINA-PI	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	







VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006010093052 DATA DE EMISSÃO 7/3/2008

NOME LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

A FILIAÇÃO ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA

RA

NATURALIDADE

CAMPO MAIOR-PI

DATA DE NASCIMENTO 9/1/1955

DOC ORIGEM CERT. NASC. 307 L A 159 F

82 CAMPO MAIOR-PI

CPF

FORTEALEZA-CE

*Lucia Maria Rodrigues de Oliveira*

LEI Nº 116 DE 2006/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

*Lucia Maria Rodrigues de Oliveira*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



CÓDIGO DE CONTROLE

3249.092B.1F63.F242

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:40:50 do dia 25/09/2011 (hora e data de Brasília)  
dígito 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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO MARQUES FONTENELE

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019

Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

CPF: 626.974.673-60

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019

Nome: Margarida Maria Manso Pinheiro

CPF: 885.800.837-53

Margarida Maria Manso Pinheiro



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0371150/18

**Vítima:** FRANCISCO MARQUES FONTENELE

**CPF:** 269.399.593-00

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/04/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO MARQUES  
FONTENELE

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Comprovação de ato declaratório  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Necropsia  
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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

RENATO ARAUJO FONTENELE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO MARQUES FONTENELE

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES  
FONTENELE

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

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

RENATO ARAUJO FONTENELE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/04/2018

**Titular do CPF:** FRANCISCO MARQUES FONTENELE

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Laudo do IML - Necropsia

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](http://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

Data da apresentação: 04/10/2019

Nome: LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

CPF: 035.814.343-85

\_\_\_\_\_  
LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019

Nome: LUCAS GARBO GALVAO

CPF: 410.146.078-76

\_\_\_\_\_  
LUCAS GARBO GALVAO





HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE

Adriano Marques

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

473062

Subaru

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

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGUADOR  
BBMAFRE



Imp: 20/24/2010 23:53:25

LA PC FEITCBA

## FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

<b>Nome:</b> FRANCISCO MARQUES FONTINELE		<b>Prontuário:</b> 473062	
<b>Mãe:</b> ANITA FERREIRA DE MESQUITA FONTINELE		<b>Pai:</b> FRANCISCO MORAES FONTINELE	
<b>End. Resid.:</b> RUA VILHARDO - PARQUE ECO SANTA - CEREJINA - PI - CEP: 64000-000			
<b>Nascimento:</b> 19/04/1964	<b>Idade:</b> 64a:06m:19d	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Fone:</b>
<b>Responsável:</b> FRANCISCO MARQUES FONTINELE		<b>CNS:</b> 702116700752298	
<b>Profissão:</b>		<b>Documento:</b> CPF: 255.344.593-9	
<b>G. Instrução:</b> 2ª		<b>E. Civil:</b> Ignorado	
<b>End. Local:</b>			

RECEBID

10 0004, 2018

## DADOS DO ATENDIMENTO:

DADOS DO ATENDIMENTO:		GRUPO SEGUADOR	
Código: 659113	Data: 08/04/2018 20:11:21	Clas. Cor: Amarelo	Convênio: 88MAFPRE
Motivo da Procura: FURTO DE TRABALHO VIGIA EM MOTOCICLETA AMARILHA			

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

Data/Hora Solicitação: 08/04/18 : ESPECIALISTA: Ortopedia  
 MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Acoplamento superior do dente do  
 molar. Por番禺 (Panyuan) em  
 a base: 11 dentes em aparelho  
 locomotores. At. no  
 At. ortopedico

Dr. Claudio Nogueira  
Doutor em Farmacologia  
CRM nº 9337  
R. 125

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 08/04/18 21:39

# VEROCIMENS

Relato de acidente de trânsito.

Processo 15.7 de trânsito - Verocim.

Cof - Auto de Verocim - 2018

SALEMA/ASSINATURA PROC. PARECER

## DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

Data/Hora Solic. 02/04/12 21:55 ESPECIALISTA: Cirurgião  
MOTIVO DA SOLICITAÇÃO: Paciente segue respondendo, TC de crânio e torax normais, Rx col cervical e pelve normais, Abd. inocente.  
Cerve. S/O, 9% 500ml + 5amp glicose 50%. EV apena.  
Reavaliar.

CRM-PV 1148  
Médica  
Dra. Alessandra M. Cunha  
Carimbo e Assinatura Solicitante

Dr. Andressa M. Omper  
Carilene, Signature Solicitante

DADOS DO PARECER: Data/Hora: 09/04/16 13:40 Luís Carlos  
 病患: atraso de politrauma, abertura e ferimento hemorrágico e  
desorde. no exame. no punho e no antebraço no RA, abdome plano  
no os sinais de vida de peso, dispneia, indol, no muco de urina  
positivos  
 Art. 104 - It é um teste a E, no punho  
 ES: funcionando

Dr. (a) \_\_\_\_\_ Prof. Parecer

Dr. Theodor S. Prof. Parzuch

1997



**FHT**Fundação Hospitalar  
de Teresina**CCH**Comissão de Controle de Infecção Hospitalar  
Hosp. de Urgência de Teresina**HUT**  
HOSPITAL  
DE URGÊNCIA  
DE TERESINA**SOLICITAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS DE USO RESTRITO****IDENTIFICAÇÃO**DATA: 11.04.18NOME: Francisco Mendes Pontes IDADE: 64 PESO: 65kgCLÍNICA: Atélio LEITO: \_\_\_\_\_ PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_SITUAÇÃO DO PACIENTE: ☒ ) TRAUMA ☐ ) NÃO TRAUMAINDICAÇÃO DO ANTIBIÓTICO: ☒ ) TERAPÊUTICO ☐ ) PROFILÁTICOINFECÇÃO: ☐ ) COMUNITÁRIA ☒ ) HOSPITALARFOCO DA INFECÇÃO: ☒ ) PNEUMONIA ☐ ) TRATO RESPIRATÓRIO SUPERIOR☐ ) OSSOS E ARTICULAÇÕES ☐ ) CIRÚRGICO ☐ ) URINÁRIO ☐ ) ABDOMINAL☐ ) SIST. NERVOSO CENTRAL ☐ ) SANGÜÍNEO ☐ ) PELE E PARTES MOLES☐ ) CHOQUE SÉPTICO (DESCONHECIDO) ☐ ) OUTROS \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICOS JÁ USADOS E PERÍODO DE

USO: Não

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

JUSTIFICATIVA: Paciente c/ história de pneumonia há 2 dias c/  
RXC. Evolu c/ dispnéia, AP: Ressonância e leucocitose  
levadaFUNÇÃO RENAL ☒ ) NORMAL ☐ ) ALTERADAFUNÇÃO HEPÁTICA ☒ ) NORMAL ☐ ) ALTERADAREALIZOU CULTUR ☒ ) NÃO ☐ ) SIMDATA DA COLETA:   /  /  

Resultado

MÉDICO-CARIMBO

PARECER DA CCHI: \_\_\_\_\_





Estado do Piauí  
Prefeitura Municipal de Teresina

# REGISTRO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Serviço Móvel de Atendimento de Urgência - SAMU



Dados do Chamado

01 Nº do chamado: 1103  
02 Data do chamado: 18/04/2018  
03 PRO (código): 1012  
04 Saída do PA: 19/40  
05 Chegada ao local: 19/40  
06 Saída do local: 19/40  
07 Chegada ao 1º hospital: 20/12  
08 Saída do 1º hospital:   
09 Chegada ao 2º hospital:   
10 Endereço: Hugo - 3000  
11 Bairro: Hugo - 3000  
12 Município-UF: TUE/PI  
13 Ponto de referência: Posto 1 - Piranga

Local da Ocorrência

Dados do Paciente

14 Nome: Fco Marques Fernandes  
15 Sexo: 1 - Masculino  
16 Idade: 65  
17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado

Tipo de Ocorrência

18 Tipo de ocorrência:  
01 - Acidente de transporte  
02 - Agressão física-espantamento  
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

Acidente de Transporte

19 Vítima: 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado  
20 Meio de locomoção: 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado  
21 Outra parte envolvida: 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado  
22 Equipamentos de segurança: ☒ Capacete ☐ Airbag ☐ Cintão de segurança ☐ Assento para criança

Exame Físico

23 Glasgow = 15  
ABERTURA OCULAR: 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma  
RESPOSTA VERBAL: 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 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: 114 Resp. PA: TAX: SatO2: 92%  
25 Local da lesão:

Assistência

26 Pupilas: 1 - Iguais 2 - Desiguais  
27 Pulso Radial: 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente  
28 Sangramento: 1 - Sim 2 - Não  
29 Dor:

Hospital de Destino

30 Fratura: 1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeita  
31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não): ☐ Aspiração ☐ Prancha longa/corta ☐ Imobilização de extremidades ☐ Glicemia ☐ Acesso Venoso ☐ Medicamentos a) ☐ Curativos ☐ Kred ☐ Reanimação cardiopulmonar ☐ Assistência obstétrica b) c)  
32 Hospital de Destino: HUY  
33 Condições de entrada: 1 - Melhorado 2 - Piorando 3 - Inalterado  
34 Ôbito: 1 - Sim 2 - Não ☐ Antes do socorro ☐ Antes do transporte ☐ Durante o transporte

Observações Interdisciplinar

Paciente sendente, trauma em face, expirando em MM II, ingerindo a bebida alcoólica. O mesmo relatou por HAS

Assinaturas:   
Enfermeiro:   
Conduto:



## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME

FRANCISCO MORAES FERNANDES

DA CLÍNICA

Neurocirurgia

À CLÍNICA

Cirurgia Neurológica

PRONTUÁRIO

LEITO

MOTIVO DA CONSULTA

Paciente de 61 anos, paraplegia  
após trauma. TC de crânio e de total de  
lesão que justifique o quadro (contusão  
medular?). Evolui com tetraparesia.

DATA: 11/04/18

TC de tórax com lesão

Dr. Marcelo Dias de Oliveira Barbosa  
Neurocirurgia  
CRM-3100

PARECER

sugestão de TB  
Suscrito no prontuário. Exato.

ASS. MÉDICO CONSULTANTE

Paciente dispendioso, valorizado neste  
serviço com histórico de acidente motorístico,  
em 03/04/18. Realizou Rx de tórax com lesão  
sugestiva de TB. TC de tórax (03/04/18) evidenciou  
área de opacidades irregulares nos lobos superiores  
dos pulmões, parietais, natureza FINOTICA RESIDUAL.  
- Solicito baciloscopia (pesquisa de  
resíduo) - 03 amostras.  
- Solicito ex-laboratório.

VPB

DATA: 11/04/18

RECEBIDO

Dr. Marcelo Dias de Oliveira Barbosa  
Neurocirurgia  
CRM-3100

ASS. MÉDICO ESPECIALISTA  
GRUPO SEGUADOR  
BMAFPE



# PRESCRIÇÃO MÉDICA

pick - novo.  
- CIR GERAN



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENE ou APT	IMC
Francisco Marques Fontinhe	473062				
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	ALERGIAS		MÉDICO ASSISTENTE ESPECIALIDADE		
Poli trauma					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES			
DATA: 09/09/18 HORA: 8:44h					
1) Dita qto					
2) SFO 9% - 1000 ml, EV, 14pts/min + 3amp gluce 50% ( ) ( )					
3) Ranitidina 50mg + 14, EV, 818h	14 22 06				
4) Hidrocodona 800mg, IV, 818h	618:40				
5) Dipirona 200 + 14, EV, 616h	12 18 24 06				
6) NBZ 500g - 1ml					
Aspirat - 200g					
Musku - 60g, 505 //					
7) Glucose 50% - 4amp, IV, se glucose 570mg/dl	12 18 24 06				
8) Oz 1ml 1000mg, IV, se glucose 570mg/dl					
9) Oz 1ml 1000mg, IV, se glucose 570mg/dl					
10) SSVU + CCG					
11) SFO 9% - 500ml, EV, 14h //					
12) Solução TC coluna cervical, 1000ml					
Solução TC torax 1000ml. Curva e					
neuro - 70g.					

FUT DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
EXAME: 14/09/18 06h Total  
DATA: 09/09/18 09:00  
Assinatura: [assinatura]

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

Mód: 007

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURO DO MAPFRE

MÉDICO







**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE  
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR**

Nº LAUDO: 65933  
AIH: 2218100207631

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO**

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE REABILITAÇÃO DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUIT

CNES  
5828856

ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUIT

CNES  
5828856

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

CARTÃO SUS: 702106/00732295 NOME DO PACIENTE: FRANCISCO MARQUES FONTINELE NASCIMENTO: 20/06/1953 SEXO: M PRONTUÁRIO: 473062  
DOCUMENTO: 8688515120 CPF: 8688515120 TELEFONE: 3333-15120 NOME DA MÃE: ANA LINDA DE MARQUES FONTINELE RESPONSÁVEL: FRANCISCO  
CEP: 63010-000 ENDEREÇO - LOGRADOURO: NÚMERO / LOTE: 1765  
BAIRRO: VERDE LAR COMPLEMENTO: TERESINA MUNICÍPIO: TERESINA UF: PI

**LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

**PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO DURANTE A INTERNAÇÃO FOI DIAGNOSTICADO COM PNE - LEUCOCITOS 24700/MM<sup>3</sup> - NEÚTROFILOS 87% - SEGMENTADOS 87% SENDO INICIADO COM CEFOTAZIDIMA 2G - CLINDAMICINA 600MG EVOLUIU COM GLASGOW 3 - CHOCU SÉPTICO - FRC - CONSTATAÇÃO ÓBITO 12/04/2018

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO**

AS ACMA

**PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)**

TU DE URINÁRIA, N DE TORAX, COLUNA, CERVICAL

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES**

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL:  
J18.9 - PNEUMONIA NÃO ESPECIFICADA

CID 10 SECUNDÁRIO CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**CÓD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

050.42.51 - TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFECÇÃO GRUPE

**LEITO/CLÍNICA**

NEÚTROCIÚRGICA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/ CARIMBO/ DO CONSELHO)

**CARATER**

URGÊNCIA

**DATA SOLICITAÇÃO**

08/04/2018

ELTON FORTI A SÁVIO SZEKER

CPF 0336463373

CRM

**DATA ADMISSÃO**

08/04/2018

**DATA ALTA**

12/04/2018

**MOTIVO ALTA**

ÓBITO COM DECLARAÇÃO FURNECIDA PELO INSTITUTO MEDICO LEGAL - IMI

**CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)**

TIPO ACIDENTE CNPJ SEGURADORA Nº DO BILHETE SÉRIE CNPJ DA EMPRESA CNAE EMPRESA CBOE NATUREZA DA LESÃO

**AUTORIZAÇÃO**

**JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO**

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO/ DO CONSELHO)

NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROL/ AVALIAÇÃO/ AUDITORIA

FAKAD PELA MEFES  
CNPJ 00000000

CRM

DATA ANALISE 2018-04-08 11:52

CPF

CRM

DATA ANALISE

**RECEBIDO**

10 JUL 2018

26/04/2018 08:31

GRUPO SEGURADOR  
BBMAFPRE





# MÉDICA



**MÉDICOS CRM:**





Fundação Municipal de Saúde

**PRESCRIÇÃO  
MÉDICA**



ALSO SEE  
OUR WEBSITE  
AT [www.fox.com](http://www.fox.com)

[illegible]

**MÉDICO/CRM:**





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

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRONTUÁRIO 473062 CLÍNICO ENF ou APT LETO MÉDICO ASSIST. ESTABILIZAÇÃO

DATA/HOR A	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	QUANT.	HORÁRIO	RELATÓRIO ENFERMAGEM	OBSERVAÇÕES
12/04/18		1) DIETA ENTERAL 100ML 33H E AF NOS INTERVALOS				
		2) SF 0,9% 2000ML EV 24 HORAS				13:10h. Pac. segue em TD e em casa (mãe)
DI		3) CEFTAZIDINA 2G + 100MLS F0,9% EV 8/8H	22	06		pac. de 52 anos, PA (140/90)
DI		4) CLINDAMICINA 600MG + 100MLS F0,9% EV 6/6H	18	24	06	diagn. Hb 54 gpa, em uso de morfina
		5) RANITIDINA 01AMP, EV 8/8H	22	06		com sangramento subcutâneo, ap. de 10 dias
		6) FENTONIA 2ML + 18ML AD EV 8/8H	22	06		pac. de 52 anos, PA (140/90)
		7) DIFENIDRAMINA 1 AMP + AD EV 6/6H	22	06		pac. de 52 anos, PA (140/90)
		8) BROMÓPRIDA 01AMP + AD, EV, 08/08H	22	06		pac. de 52 anos, PA (140/90)
		9) MIDAZOLAN 30ML - FENTANIL 20 ML - SF 0,9% - 200ML EV BIC ACM	22	06		pac. de 52 anos, PA (140/90)
		10) NORADRENALINA 4MG 4 AMP + 234ML DE SG A 5% EV BIC ACM	22	06		pac. de 52 anos, PA (140/90)
		11) GLICEMIA CAPILAR DE 6/6H				pac. de 52 anos, PA (140/90)
		12) INSULINA REGULAR SC CONFORME GLICEMIA: 180-200 U; 201-250: 4U; 251-300: 6U; 301-350: 8U; >350: 10U	18	24	06	pac. de 52 anos, PA (140/90)
		13) GLICOSE 50% 40ML EV SE GLICEMIA <80				pac. de 52 anos, PA (140/90)

Assinatura Médica

DR. ZENON ROCHA  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA  
EXAME: Tórax + abdome  
DATA: 12/04/2018

GRUPO SEGUADOR  
BBMAFPRE



34

22.06

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

15) CABECEIRA ELEVADA 30°

16) FISIOTERAPIA MOTORA E RESPIRATORIA

17) MONITORIZAÇÃO CONTINUA

18) CCGG - SSVV

Dr. Isaniel Oliveira  
Clínica Médica/Geriatria  
CRM-PI 4517

39. Alimentação de calcos 10% -

10ml @ 100ml 5057 - sempre em 20min 8/8h 22.06 22.08

20. Insulina 10vi @ 100ml Glicose 501 -

EV 8/8h 22.06

23. Voz - 10grs Bexover @ 5ml SF 091 - porfir

8/8h 22.06

Dr. Isaniel Oliveira  
Clínica Médica/Geriatria  
CRM-PI 4517

At 16:20h paciente deu entrada no Posto

para início da série de espirometrias em PCR

(Pneumotaxial, em apnéia, Fc = 0 bar)

Classificação: em apnéia, Fc = 0 bar, fixas,

analisadas a seguir.

At: Afesto 6bito.

IGC Oliveira  
CRM-PI 3479

*[Handwritten signature]*



211000  
P.C. de Autorização de Internação Hospitalar (AICH)LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2- Nome do estabelecimento beneficiário:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

2-CNES

5828856

Código da  
Internação:

4-0415

5828856

211886

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4- Nome: FRANCISCO MARQUES FONTINELE

6 - Prontuário: 473062

7- CNES: 702106700752299

8- Data de Nascimento: 22/06/1953

9- Sexo: Masculino

CPF: 269.399.593-00

11- Mãe: ANITA PINTO DE MESQUITA FONTINELE

12- Fone:

13- End: Anarsia

13- Respi: FRANCISCO MARQUES FONTINELE

15- Roteiro: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - CEP: 64000-000

17- Cód. Intern: 221100

18- Cód. PA

19- Cód: 64000-000

16- Local: TERESINA

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos:

Paciente, vítima de acidente de trânsito, com tce, durante a internação foi diagnosticado com PNE, leucócitos 25700/mm<sup>3</sup> + neutrófilos 87% + segmentados 87%, sendo iniciado atb's ceftazidima 2g + clindamicina 600mg. Evoluiu com glasgow 3 + choque séptico + PRG, constatado óbito 12/04/2018.

21 - Condições que justificam a internação:  
Quadro clínico22 - Principais resultados de exames realizados, com ênfase na realização de exames realizados:  
Exame físico + rx + tc23 - Diagnóstico final:  
Pneumonia não especificada

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Cód. Proced.: 0303140151 25 - Procedimento Solicitado: TRATAMENTO DE PNEUMONIAS OU INFLUENZA (GRIPE)

26 - Códigos: 02 0 110.304.633-70

27 - Nome Prof. responsável pelo atendimento: ELTON PORTELA SANTOS BEZERRA

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

28 - Causa de Transito		29 - Causa de Trabalho	
30 - Causa de Trabalho		31 - Causa de Trabalho	
32 - Causa de Trabalho		33 - Causa de Trabalho	
34 - Causa de Trabalho		35 - Causa de Trabalho	

## AUTORIZAÇÃO

36 - Nome do Profissional Autorizador:	27/04/18	37 - Assinatura do Profissional Autorizador:	
38 - Documento:		39 - Assinatura do Profissional Beneficiário:	
40 - Cód. de Autorização:		41 - Assinatura do Profissional Beneficiário:	
42 - Assinatura do Profissional Beneficiário:		43 - Assinatura do Profissional Beneficiário:	

24/04/2018 11:10:26





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otho Figueiredo, 500 - Fátima - Teresina - PI CEP: 64000-000

TERESINA - PI CEP: 64000-000 - FONE: (085) 3177-0000

## LAUDO MÉDICO

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

CPE: 227 528 623-34 CRM - 1727

Endereço: Rua... Teresina - PI

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGUADOR



## LAUDO MÉDICO

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

Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-003

Nascimento	20/06/1953	Idade	64a 11m 8d	Sexo	Masculino	Origem	URGÊNCIA/EMERG	Atendimento	659:13
------------	------------	-------	------------	------	-----------	--------	----------------	-------------	--------

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

Control: 1024466      Convênio S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0204050111

Data Example: 08/04/2018

## PELVE

O ESTUDO RADIOLOGICO DA PELVE FOI REALIZADO NAS INCIDÊNCIAS EM AP.

OS SEGUINTES ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- ESTRUTURA ÓSSEA CONSERVADA.
- AS ARTICULAÇÕES COXO - FEMORAIS , SACRO ILÍACAS E SÍNFISE PUBIANA TEM CONFIGURAÇÃO NORMAL.
- PARTES MOLES SEM ALTERAÇÕES.

CONCLUSÃO: EXAME NORMAL.

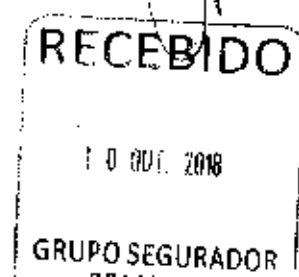
JOAO ANTONIO

TERESINA - PI 28/05/2018

VERA LUCIA RIOS ARAUJO

CPF 227.528.623.34 CRM - 1727

1. *Chilodactylus* *Chilodactylus*







# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Teófilo Otoni, 1000 - Sede - Teresina - PI CEP: 64000-000

TERESINA - PI - FONE: 6401-7700 - FAX: 6401-7702 - 6401-7703

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (Prontuário: 473062)  
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000  
Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atend.mento: 659113  
Requisição: 828020 Solicitação: 08/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1024467 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010079

Data Exame: 08/04/2018

### T.C. DE CRÂNIO

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

- ATEROMATOSE PARIETAL CALCIFICADA EM ARTÉRIAS CARÓTIDAS INTERNAS.
- REDUÇÃO VOLUMÉTRICA DIFUSA DO PARÊNQUIMA ENCEFÁLICO.
- ACENTUAÇÃO DIFUSA DA HIPODENSIDADE DA SUBSTÂNCIA BRANCA PERIVENTRICULAR (LEUCOPATIA MICROANGIOPÁTICA).
- DILATAÇÃO "EX-VACUO" DO SISTEMA VENTRICULAR SUPRA E INFRATENTÓRIAL.
- AUSÊNCIA DE COLEÇÃO EXTRA-AXIAL.

OBS.: MATERIAL HIPODENSO NOS SEIOS DA FACE.

JOAO ANTONIO

TERESINA - PI 08/04/2018

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF 552.218.663-15 2443 CRM

Endereço: Rua ... Teresina - PI

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGUADOR





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. João Antonio 1010 - Teresina - PI CEP: 64000-000

TERESINA - PI CEP: 64000-000 - FONE: (085) 3212-4177 FAX: (085) 3212-4177

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (Prontuário: 473062)  
Endereço: **NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000**  
Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m18d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atend.mento: 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 INCREMENTO, MOSTROU:

- REDUÇÃO DE VOLUME DO CAMPO PULMONAR ESQUERDO, COM DESVIO IPSILATERAL DAS ESTRUTURAS MEDIASTINAIS.
- ATEROMATOSE PARIETAL CALCIFICADA NA AORTA TORÁCICA.
- CALCIFICAÇÕES PLEURAIS RESIDUAIS GROSSEIRAS À ESQUERDA, SOBRETUDO NA PLEURA PARIETAL ANTERO-LATERAL.
- AUSÊNCIA DE LINFONODOMEGALIA MEDIASTINAL.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- ESPONDILOSE TORÁCICA.
- HNFISEMA CENTROACINAR DIFUSO NOS CAMPOS PULMONARES.
- OPACIDADES FIBROATELECTÁSICAS EM ÁPICES PULMONARES, SOBRETUDO À ESQUERDA, ONDE IDENTIFICAMOS BRONQUIECTASIAS/BRONQUIOLORCTASIAS DE TRACÃO DE PERMETO.
- BOLHAS SUBPLEURAIS APICAIS À ESQUERDA.
- ALTERAÇÕES FIBRÓTICAS NA LÍNGUA E NO LOBO INFERIOR À ESQUERDA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 08/04/2018

**MARCELO COELHO AVELINO**

CPF: 552.218.663-15 2443 CRM

Residência Médica - Radiologia

RECEBIDO

10 OUT. 2018

GRUPO SEGURADOR





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Augusto Lobo 1801 - Edifício - Bairro: São João - CEP: 64000-000

TERESINA - PI CEP: 64000-000 - TEL: (085) 3100-1000 - FAX: (085) 3100-1001

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (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: S U S

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206010036

Data Exame: 09/04/2018

### T.C. DE COLUNA TORÁCICA

TÉCNICA: Foram realizado 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 atenuação normais.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 695.958.303-15 CRM-PI 3090

Endereço: Rua do Hospital - Teresina - PI

RECEBIDO

10 OUT 2018





**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**  
Rua Dr. Ovídio Filho, 1571 - Federação - Fone: 33.3.11.5115  
TERESINA-PI CEP: 64000-000 E-mail: hut@hut.ter.br

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (Prontuário: 473062)  
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-000  
Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m19d Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/EMERG Atendimento: 659113  
Requisição: 828139 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1024610 Convênio: S U S

### RELATÓRIO:

Cod SIA: 0206010028

Data Exame: 09/04/2018

### T.C. DE COLUNA LOMBAR

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE CORTES AXIAIS COM 5MM DE ESPESSURA E 4MM DE INCREMENTO, DE L1 AO SACRO, MOSTROU:

- ESPONDILOARTROSE DA COLUNA LOMBAR CARACTERIZADA POR OSTEÓFITOS NOS CORPOS VERTEBRAIS E ARTROSE INTERAPOFISÁRIA.
- ABATIMENTO DISCAL DIFUSO DE L1-L2 E L5-S1, COMPRIMINDO O SACO DURAL E REDUZINDO O CANAL VERTEBRAL E OS FORAMES NEURALS.
- AUSÊNCIA DE FRATURAS.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 596.958.303-15 CRM-PI 3090  
Especialista em Radiologia



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Othon Elias, 511 - Fátima - Teresina - PI - CEP: 64000-000

TERESINA - PI - CEP: 64000-000 - FONE: (085) 322.5174/002-00

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (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: 878140 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1024611 Convênio: S U S

**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 ARTHROSE UNCOVERTEBRAL 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.

JORGIE AUGUSTO

TERESINA - PI 16/04/2018

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF. 696 968 303-15 CRM-PI 3090

Profissional Assinante





## HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Carlos Teófilo, 820 - Madureira - Fone: 36.7210-3444

Telefone Fax: 36.7210-3444 - E-mail: hut@ter.br

### LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (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: S U S

#### 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 ARTROSE UNICOVERTEBRAL E INTERARTROFISÁRIA.
- 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 Médica: Teresina - PI



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Prof. Otto Lillo, 1800 - Badenhoj - Fone: 86 3315 3443

TERESINA - PI CEP: 64011-770 - E-mail: 05.522.91700@hut-hut

**LAUDO MÉDICO**

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (Prontuário: 473062)  
Endereço: **NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP: 64000-000**  
Nascimento: 20/06/1953 Idade: 64a9m19c Sexo: Masculino Origem: URGÊNCIA/FMERG Atendimento: 659113  
Requisição: 828141 Solicitação: 09/04/2018 Solicitante: FABIO MARCOS DE SOUSA  
Controle: 1024612 Convênio: S U S

**RELATÓRIO:**

Cod. SIA: 0206020031

Data Exame: 09/04/2018

**T.C. DE TORAX**

EXAME REALIZADO ATRAVÉS DE AQUISIÇÃO HELICOIDAL 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.
- TRAQUEIA E BRÔNQUIOS BOMTE PERMEÁVEIS.
- AUSÊNCIA DE DERRAME PLEURAL.
- NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE LINFONODOMEGALIAS MEDIASTINAIS E/OU HILARES.

(JORGE AUGUSTO)

TERESINA - PI 09/04/2018

**OSVALDO SOARES DE CARVALHO JUNIOR**

CPF: 696.358.303-15 CRM-PI 3090

Especialidade: Radiologia





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

RUA INE, 6116 - LULA - 63011-900 - Teresina - PI - Fone: (86) 3119-1441

CESMILSA-01 - CNPJ: 06.101.916/0001-00 - CREA: 01.159.014/2014-00

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (Prontuário: 473062)  
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAO SANTA - TERESINA - PI CEP 64000-000  
Nascimento: 20/06/1953 Idade 64a9m22d Sexo Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 211386  
Requisição: 829078 Solicitação: 12/04/2018 Solicitante: ISANIEL PEREIRA DE OLIVEIRA  
Controle: 1025667 Convênio: S U S ESTABILIZAÇÃO ESTABILIZAÇÃO LEIOUZ

### RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0206030010

Data Exame: 12/04/2018

### T.C. DE ABDOME

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

- EXTENSO 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 PARENQUIMATOSA HOMOGÊNEA.
- AUSÊNCIA DE CÁLCULOS OU HIDRONEFROSE.
- PÂNCREAS E GLÂNDULAS SUPRA-RENAIS COM CARACTERÍSTICAS MORFO-ESTRUTURAIS NORMAIS.

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

TERESINA - PI 12/04/2018

LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS

CPF 880.717.763-04 CRM 3508 PI

Endereço: Rua Ine, 6116 - Lula - Teresina - PI





# HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Av. Del. Otto Treu, 1820 - Bodoquena - Fone: 36 32 8 1411  
TERESINA - PI CEP: 64000-000 - CREA: 001/022.677/2002-01

## LAUDO MÉDICO

Paciente: **FRANCISCO MARQUES FONTINELE** (Prontuário: 473062)  
Endereço: NAO INFORMADO - PARQUE MAD 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: S U S ESTABILIZACAO ESTABILIZACAO 12/04/2018

### 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 OROTRAQUEAL.
- CATETER VENOSO CENTRAL.
- EXTENSO ENFISEMA DE PARTES MOLES EM PESCOÇO E PAREDE TORÁCICA.
- EXTENSO ENFISEMA MEDIASTINAL.
- VOLUMOSO PNEUMOTÓRAX BILATERAL, DETERMINANDO COLAPSO PARCIAL DOS PULMÕES.
- PEQUENO DERRAME PLEURAL DIREITO.
- ARCABOUÇO ÓSSEO TORÁCICO COM CONFIGURAÇÃO ANATÔMICA.

(JOAO ANTONIO)

TERESINA - PI 12/04/2018

**LEONARDO AFONSO NOGUEIRA MATOS**

CPF: 890.717.783-04 CRM 3508 PM

Endereço: Av. Del. Otto Treu, 1820 - Bodoquena - Teresina - PI



Identificação		Residência		Ocorrência		Fetal ou menor que 1 ano		Condições e causas da óbito		Médico		Causas externas		Cartório	
1 Tipo de óbito <input type="checkbox"/> Fetal <input checked="" type="checkbox"/> Não Fetal		2 Data do óbito		3 Cartão SUS		4 Naturalidade		5 Nome do Falecido		6 Nome do Pai		7 Nome da Mãe		8 Data de nascimento	
9 Idade Anos completos		Menores de 1 ano Meses Dias Horas Minutos		10 Sexo <input type="checkbox"/> M. Masc. <input type="checkbox"/> F. Fem. <input type="checkbox"/> Ignorado		11 Raça/Cor <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Indígena		12 Situação conjugal <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> União estável <input type="checkbox"/> Ignorada		13 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado)		15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc)	
16 Bairro/Distrito		17 Código		18 Município de residência		19 UF		20 Local de ocorrência do óbito <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Dentário <input type="checkbox"/> Outros		21 Estabelecimento		22 Endereço da ocorrência (rua, praça, avenida, etc)		23 Município de ocorrência	
24 Bairro/Distrito		25 Código		26 UF		27 Idade (anos)		28 Escolaridade (última série concluída) Nível <input type="checkbox"/> Sem escolaridade <input type="checkbox"/> Fundamental I (1ª a 4ª Série) <input checked="" type="checkbox"/> Fundamental II (5ª a 8ª Série) <input type="checkbox"/> Médio (antigo 2º grau) <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo		29 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentada / desempregada)		30 Número de filhos tidos Nascidos vivos <input type="checkbox"/> Perdas fetais/abortos <input type="checkbox"/> Ignorado		31 Nº de semanas de gestação	
32 Tipo de parto <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesário <input type="checkbox"/> Ignorado		33 Tipo de gravidez <input type="checkbox"/> Útero <input type="checkbox"/> Duplo <input type="checkbox"/> Triplê e mais <input type="checkbox"/> Ignorado		34 Morte em relação ao parto <input type="checkbox"/> Antes <input type="checkbox"/> Durante <input type="checkbox"/> Depois <input type="checkbox"/> Ignorado		35 Peso ao nascer		36 Número de Declaração de Nascido Vivo		37 A morte ocorreu <input type="checkbox"/> Na gravidez <input type="checkbox"/> No parto <input type="checkbox"/> No abortamento <input type="checkbox"/> De 43 dias a 1 ano após o término da gestação <input type="checkbox"/> Não ocorreu nestes períodos		38 Recobrou assistência médica durante a doença que ocasionou a morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado		39 Necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado	
39 Causas da morte Doença ou estado morbido que causou diretamente a morte		40 Causas antecedentes Estados morbidos, se existirem, que produziram a causa acima registrada, mencionando-se em último lugar a causa básica		41 ANOTE SOMENTE UM DIAGNÓSTICO POR LINHA		42 CRM		43 Óbito atestado por Médico <input type="checkbox"/> Assistência <input type="checkbox"/> SVC <input type="checkbox"/> Outros		44 Município de ocorrência		45 Recebido		46 Grupo Segurador	
47 Nome do Médico		48 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc)		49 Data do atestado		50 Assinatura		51 Fonte da informação <input type="checkbox"/> Conhecimento pessoal <input type="checkbox"/> Presença <input type="checkbox"/> Ignorado		52 Endereço do local do acidente ou violência Logradouro (rua, praça, avenida, etc)		53 Número		54 Bairro	
55 Município		56 Código		57 UF		58 Registro		59 Data		60 Cartório		61 Município		62 UF	
63 Declarante		64 Testemunhas		65 A		66 B		67 C		68 D		69 E		70 F	





## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 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 de todos os beneficiários, utilize outra impressa numerando as folhas.

### DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: FRANCISCO MARQUES Fontenele 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)? ☐ Sim ☒ 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 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:

2 - Nome completo:

CPF:

CPF:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:

Local/data:

Local/data:

Assinatura:

Assinatura:





**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 Aft: **3180476558** CPF da vítima: **269.399.593.00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO MARQUES FONTENELE**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: **MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE** CPF titular da conta: **626.974.643.60** Profissão: **carpinteiro**  
Endereço: **RUA MARJOM MANOEL LOPEZ 1753** Número: **1753** Complemento:  
Bairro: **QUADRA DO SOL** Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** CEP: **64.056.363**  
E-mail: **(86) 98146.6625**

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**

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

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

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

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

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

**CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome: NRO:  
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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

**TERESINA 10 de Janeiro de 2019**  
Local e Data

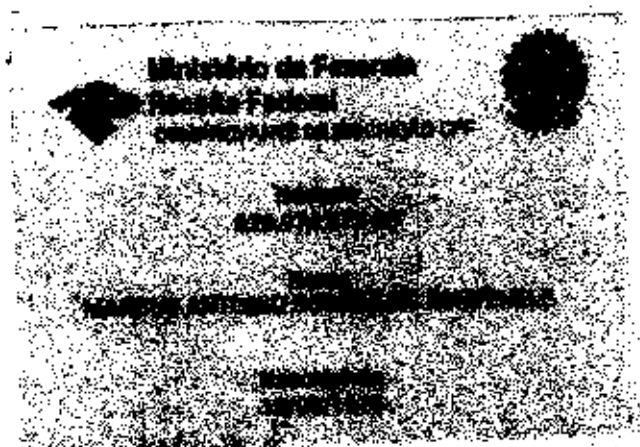
**MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

















## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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. 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 assistência 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 os folhos.

### DADOS DA VÍTIMA:

Nome completo: FRANCISCO MARIANO FONTENLE CPF: 269.399.593-0 Data do óbito: 12/04/2018  
Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☒ Casado ☐ Viúvo ☒ Sim ☐ Não ☐ Não  
Deixou companheira(a)? ☐ Sim ☒ Não Se deixou companheira (a), informar nome completo: \_\_\_\_\_  
Deixou filho(s)? ☐ Sim ☒ Não Se tinha filhos, informar: N° vivos: 3 N° falecidos: 0 \*Deixou nascituro? ☐ 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 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: \_\_\_\_\_  
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: RICARDO DE ARAÚJO FONTENLE Grau de parentesco com a vítima: FILHO CPF: 003.896.113-01  
Local/data: TERESINA 10/01/2019 Assinatura do Herdeiro Legal: RICARDO DE ARAÚJO FONTENLE  
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 Araújo dos Reis Fontenle Nome completo: Francisco de Carvalho  
CPF: 007.332.583-03 Local/data: TERESINA 10/01/2019 CPF: 931.281.343-91 Local/data: TERESINA 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 ASI: **3180476558** CPE da vítima: **269.399.593.00** Nome completo da vítima: **FRANCISCO MATEUS FONTENELE**

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: **RICARDO DE ARAUJO FONTENELE** CPE titular da conta: **003.896.113.01** Profissão: **MOTORISTA**  
Endereço: **RUA MAJOM MANOEL LOPES 1753** Número: **1753** Complemento:  
Bairro: **MONTE DO SOL** Cidade: **TERESINA** Estado: **PI** CEP: **64.066-363**  
Email: **(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**

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (347)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO: **0855** D/V: **013** CONTA NRO: **00112981** D/V: **4**  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

BANCO Nome: \_\_\_\_\_ NIN1: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA NRO: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_ CONTA NRO: \_\_\_\_\_ D/V: \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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**

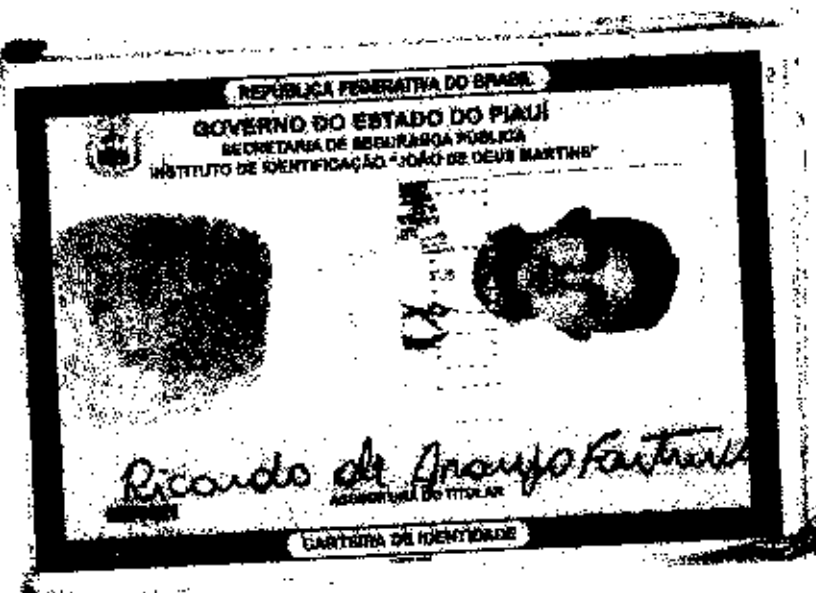
Local e Data

**Ricardo de Araújo Fontenele**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





VIGENCIA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS	
NUMERO GERAL	2.128.644
DATA DE EXPIRACAO	19/08/15
NOME	RICARDO DE ARAUJO FONTINELE
FILIAÇÃO	FRANCISCA DAS CHAGAS DE ARAUJO SA FRANCISCO MARQUES FONTINELE
NATURALIDADE	PIRIPIRI-PI
DATA DE NASCIMENTO	22/01/1982
DOC. ORDEM	CERT. NASC. 70344 L 69 F 160 OPEXP SÃO LUIS-MA 18/01/85
TERRITORIO - PI	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 2.118 DE 28/08/83 - DECRETO Nº 94.206/83	



MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

003.896.113-01

Nome

RICARDO DE ARAUJO FONTINELE

Nascimento

22/01/1982

VÁLIDO JUNTAMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

8D6D.2EB9.E5B8.D26F

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:44:07 de dia 14/09/2018 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (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 FONTENELE**

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:  
**RECLICLADORA**

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 - Estado:  
**PI**

14 - CEP:  
**64037-430**

15 - E-mail:  
**iosueneves80@vahoo.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, reside no endereço informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ R\$0,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 A R\$20.000,00 ☐ ACIMA DE R\$20.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados, Anote a 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** ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha 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, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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 (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinilar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda 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.

Pe o motivo assinado, 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 6.194/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: **12/04/2018**

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Solteiro ☒ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☒ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou parentes próximos? ☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do ciente, ainda, de que qualquer omissão 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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário (se habilitado)

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

*Lucia Maria Rodrigues de Oliveira*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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  
LOCAL


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. Weselcy Marques Leandro  
DELEGADO(A) DE POLÍCIA CIVIL

OBS: ENCAMINHAR LAUDO PARA DELEGACIA REPREENSÃO AOS CRIMES DE TRANSITOS - DRCT.

12 de março  
12 04 18



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
REGISTRO GERAL	216.487	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/11/17
NOME	FRANCISCO MARQUES FONTENELE		
FELIÇÃO	ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE FRANCISCO MOREIRA FONTENELE		
NATURALIDADE	BURITI DOS LOPES-PI	DATA DE NASCIMENTO	20/06/1953
DOC. ORIGEM	CERT. CASAM. 1254 L 06 F 219		
CPF	EXP TERESINA-PI 04/01/05 269.399.593-00		
<b>1502660</b> Francisco das Chagas Pinheiro Martins <small>Assessor Especial em Polícia Civil</small>			
LEI Nº 7.116 DE 29/08/63 - DECRETO Nº 89.250/63			

CARTEIRA DE IDENTIDADE	
	
<p>GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO - JOÃO DE DEUS MARTINS</p>	
<p>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</p>	
<p>Assinatura: <i>Francisco das Chagas Pinheiro Martins</i></p>	
<p>1502660</p>	





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
MASCULINO	PARDA	CASADO, 64 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
BURITI DOS LOPES-PI	RG- 216.437 SSP-PI CPF nº 26939669300	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	DIA	MÊS	ANO
DOZE DO MÊS DE ABRIL DO ANO DE DOIS MIL E DEZOTO 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

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)

CEMITÉRIO SANTO ANTONIO, EM TERESINA-PIAUÍ

DECLARANTE

RENATO ARAUJO FONTENELE

NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATTESTOU O ÓBITO

JOAO BOSCO PARENTES VEIRA - 1399 PI

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

SEM INFORMAÇÃO

NOME DO OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAUJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Data e local: TERESINA-PI, 23 de Abril de 2018.

*Maria Caroline Araújo Lages*  
Assinatura do Oficial  
Maria Caroline Araújo Lages  
Oficiala Substituta  
3º Cartório do Registro Civil  
Teresina - PI



ARPENBRASIL AA 009272983 BRP



STATE OF NEW YORK

IN SENATE

JANUARY 1, 1901

REPORT

1899

1899

1899

1899

1899

1899

1899



*ociano DPVAT*  
DOM

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	216.487	DATA DE EXPEDIÇÃO	23/11/17
NOME			
FRANCISCO MARQUES FONTENELE			
FILIAÇÃO			
ANITA PINTO DE MESQUITA FONTENELE FRANCISCO MOREIRA FONTENELE			
NATURALIDADE	BURITI DOS LOPES - PI	DATA DE NASCIMENTO	20/06/1953
DOC. DEUSEM			
CERT. CASAM. 1254 L 06 F 219			
EXP TERESINA-PI 04/01/05			
CNPJ	269.399.593-00		
1502660			
LEI Nº 7.116 DE 26/08/83 - DECRETO Nº 89.280/83			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

1502660

FRANCISCO MARQUES FONTENELE

*Trava: 4004 0101*

*Nº 5111/70*  
*3180476558*  
*SEBASTIÃO MARFTE*  
*AV. COLÍLIO DE RESENDE - CENTRO NOROESTE*







[illegible]





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: 6 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 EXTENSO

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 CADAUM DOS CÔNJUGES PASSOU A UTILIZAR (QUANDO HOUVER ALTERAÇÃO)

LUCIA MARIA RODRIGUES FONTENELE

OBSERVAÇÕES/VERBAÇÕES

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 OFÍCIO: 3º OFÍCIO DO REGISTRO CIVIL

OFICIAL(A): IVONE ARAÚJO LAGES

MUNICÍPIO: TERESINA-PI

ENDEREÇO: RUA 7 DE SETEMBRO Nº 417 CENTRO

Emolumentos pagos	Cartório	Feminil	Selo	Total R\$
2ª Via do casamento, com averbação, além da bucha	32,68	6,57	0,25	39,50

2ª VIA

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

Assinatura do Oficial

*Marina Caroline A. Lages*  
Oficial Substituta  
3º Cartório do Registro Civil  
Teresina - PI



CERTIDÃO  
Nº AAK-52159

ARPENBRASIL AA 009272986 BRP





DETALHAMENTO DA MATRÍCULA

Matrícula	0018830155198719003050000053331	cc (53)	Tipo de Serviço Prestado, sendo: 55: Serviço de Registro Civil das Pessoas Naturais	tttt (0003)	Número do livro
Padrão	aaaaabbbbccccdddeeffffggghhhhhhhhh	ddd4 (1987)	Ano de Registro	999 (056)	Número da folha
aaaaaa (00188-3)	Código Nacional da Serenidade	h (11)	Tipo de livro, sendo: 1: Livro A (Nascimento) 2: Livro B (Casamento) 3: Livro C (Óbito) 4: Livro D (Alteração de Estado Civil) 5: Livro E (Declaração de Matrimônio) 6: Livro F (Declaração de União Estável) 7: Livro G (Declaração de União Consensual) 8: Livro H (Declaração de União Consensual)	hhhhhh (0000533)	Número do Termo
bb (01)	Código do Ato, sendo: 01: Ato de Registro 02: Ato de Registro em Cartório 03: Ato de Registro em Cartório			ii (31)	Dígito Verificador

Uso exclusivo para emissão de certidões de registro civil das pessoas naturais



## 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-Gingies, Q-AA, BL-08, AP<sup>601</sup> 317  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro Portal da Alegria, cidade  
Teressina, Estado PI.

2. Outorgado João Sílvia 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  
E-Milla Beethoven, n. 585, C-09, nº 585  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro Uruguai, cidade  
Teressina, Estado PI.

Amplios 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.

Teressina, 05 de Setembro de 2019.

Outorgante Lucia maria Rodrigues de Oliveira

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

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006010093052 DATA DE EMISSÃO 7/3/2008

NOME LUCIA MARIA RODRIGUES DE OLIVEIRA

A FILIAÇÃO ANTONIO RODRIGUES DE OLIVEIRA E MARIA DO CARMO RODRIGUES DE OLIVEIRA

RA

NATURALIDADE

CAMPO MAIOR-PI

DATA DE NASCIMENTO 9/1/1955

DOC ORIGEM CERT. NASC. 307 L A 159 F

82 CAMPO MAIOR-PI

CPF

PORTALIZA-CE

Assinatura do Titular

LEI Nº 116 DE 2006/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE



CÓDIGO DE CONTROLE

3249.092B.1F63.F242

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

[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:40:50 do dia 25/09/2011 (hora e data de Brasília)  
dígito 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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




*João Silva Neves*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

LEI N.º 7.116 DE 29/06/93 - DECRETO N.º 89.250/93

REGISTRO 2.042.024 DATA DE EMISSÃO 11/10/18

TIPO DE REGISTRO 0001

POSSESSOR JOSUE SILVA NEVES

PRIMEIRO NOME MARIA ALDEIDE SILVA NEVES

SOBRENOME JUAREZ CORDEIRO NEVES

NACIONALIDADE NATURALIDADE IGARAPÉ GRANDE-MA

DATA DE NASCIMENTO 20/05/1980

DOC. PRESENTE CERT. NASC. 23678 L 42 F 108

EXP. IGARAPÉ GRANDE-MA 23/01/14

CIT. 643.121.353-04

ASSINATURA DO EMISSOR

VALIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL





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 09.30h

**TERMO DE RESPONSABILIDADE DE REABERTURA DE SEPULTURA**

Eu RITA DE CÁSSIA RATO FONTENELE LIMA

Naturalidade (PI) Estado Civil CASADA

Profissão ATO JAR Residência e Domiciliado(a) Rua

N.º SR.º DO T.º SECTORIAL nº 2211 Bairro REDENÇÃO

Carteira de Identidade RG 761.917 SSP-PI

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

Cemitério SANTO ANTONIO

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

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

Grau de parentesco do perpetuante: A PERPETUADORA

OBS. Reaberta para sepultar FCO MARQUEZ FONTENELE

Em 13.04.2018

Teresina (PI) 13.04.2018

Rita de Cássia Rato Fontenele Lima  
Assinatura

Visto do Superintendente do Cemitério  
Auxiliar Administrativo  
Cemitério Santo Antonio  
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-Gingies, Q-AA, BL-08, AP<sup>601</sup> 317  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro Portal da Alegria, cidade  
Teresina, Estado PI.

2. Outorgado João Sílvia 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  
E-Milla Beethoven, n. 585, C-09, nº 585  
complemento \_\_\_\_\_, Bairro Uruguai, cidade  
Teresina, Estado PI.

Amplios 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.COSESPSEGUROS.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

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 08/04/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FRANCISCO MARQUES FONTENELE

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/02/2019  
Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE  
CPF: 626.974.673-60

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/02/2019  
Nome: RAISSA MARQUES GOMES  
CPF: 479.614.998-81

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/04/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: FRANCISCO MARQUES  
FONTENELE

## 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/02/2019  
Nome: MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE  
CPF: 626.974.673-60

MARCUS ANTONIO RODRIGUES FONTENELE

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2019  
Nome: RAISSA MARQUES GOMES  
CPF: 479.614.998-81

RAISSA MARQUES GOMES