[illegible]

for the month of 1940.

DOCUMENTO 3 "T3%"



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME
JOELSON DA SILVA SOUSA

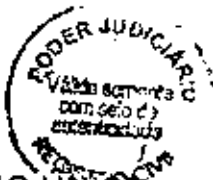
MATRÍCULA
077925 01 55 2016 4 00011 170 0003307- 38
(LIVRO C: 11 TERMO: 3307 FOLHA: 170)

SEXO	COR	ESTADO CIVIL E IDADE
MASCULINO	BRANCA	SOLTEIRO, 17 ANOS
NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	ELEITOR
BOM JESUS-PI	RG: 4328986 SSP-PI CPF nº 08618876380	SIM
FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA		
FILIAÇÃO: JOEL ALVES DE SOUSA e ROSA MARIA SOUSA DA SILVA RESIDÊNCIA: RUA MARECHAL RONDON, S/N, PLANALTINA, REDENÇÃO DO GURGUÊIA-PI		
DATA E HORA DE FALECIMENTO		DIA MÊS ANO
VINTE E CINCO DO MÊS DE SETEMBRO DO ANO DE DOIS MIL E DEZESSEIS ÀS 00:15		25 09 2016
LOCAL DE FALECIMENTO		
HOSPITAL "SOUSA SANTOS", EM BOM JESUS-PI, BOM JESUS-PI		
CAUSA DA MORTE		
CHOQUE CARDIOGÊNICO, CHOQUE HIPOVOLÊMICO, ACIDENTE MOTOCICLETA.		
SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (MUNICÍPIO E CEMITÉRIO, SE CONHECIDO)		DECLARANTE
CEMITÉRIO DA CIDADE DE REDENÇÃO DO GURGUÊIA-PI		ROSA MARIA SOUSA DA SILVA
NOME E NÚMERO DE DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO		
LEANDRO DIAS E SILVA - 6425 PI		
OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES		
SEM INFORMAÇÃO		

NOME DO OFÍCIO: 2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO CIVIL
OFICIAL(A): IVONE FELÍCIO BORGES PIAULINO
MUNICÍPIO: BOM JESUS-PI
ENDEREÇO: RUA TABELIÃO RAIMUNDO JOSÉ ROCHA Nº 576A CENTRO

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Data e local: BOM JESUS, PI, 11 de Outubro de 2016.

Michela Maria Lameiro
Assinatura do Oficial
Michela Maria Lameiro
Escritor



CARTORIO UNICO

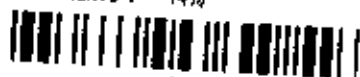
Certifico que a(s) presente(s) fotocópia(s) confere(m) em tudo conforme o original que conferi ao qual me reporto dou fé em testemunho da verdade.

Redenção do Gurgueia-PI 17/03/2016

Gildasio Soares Mendes
Escritor



ARPENBRASIL AA 000647320 BRP



ENÇÃO DO GURGUÉIA - PI RO DE OCORRÊNCIA

Ato

SAMI
192

AMBULÂNCIA ACIONADA: USO 01 DATA 24 / 09 / 2016
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Prédio do Ministério
 NOME DO PACIENTE: Paulson Santos da Silva
 SEXO: M ☒ F ☐
 SAÍDA DO PA: 20:38 IDADE: 17 anos
 SAÍDA DO LOCAL: 20:56 - 21:18 CHEGADA AO LOCAL: 20:48
 SAÍDA DO HOSPITAL: 21:25 CHEGADA AO HOSPITAL: 21:05 - 22:05
 CHEGADA AO PA: 00:20

- | | | |
|---|---|---|
| 01 - ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO | 08 - ☐ QUEDA | 15 - ☐ NÃO REMOVIDO |
| 02 - ☐ AGRESSÃO FÍSICA | 09 - ☐ MAL SÚBITO | 16 - ☐ OUTROS |
| 03 - ☐ URGÊNCIA PSIQUIÁTRICA | 10 - ☐ URGÊNCIA OBSTÉTRICA | 17 - ☐ JÁ REMOVIDO |
| 04 - ☐ ENVENENAMENTO | 11 - ☐ URGÊNCIA CLÍNICA ADULTO | 18 - ☐ FALSO CHAMADO |
| 05 - ☐ AFOGAMENTO | 12 - ☐ ENDEREÇO NÃO LOCALIZADO | 19 - ☐ URG. PEDIÁTRICA |
| 06 - ☐ QUEIMADURAS | 13 - ☐ TROTE | |
| 07 - ☐ CHOQUE ELÉTRICO | 14 - ☐ EVADIU-SE DO LOCAL | |

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL:

ALERTA ☐
 RESPONDE A COMANDOS ☐
 RESPONDE A DOR ☐
 SEM RESPOSTA ☒

PUPILAS:

IGUAIS ☒
 DESIGUAIS ☐

FALA:

NORMAL ☐
 CONFUSA ☐
 NENHUMA ☒

PULSO RADIAL:

FORTE ☒
 FRACO ☐
 AUSENTE ☐

SANGRAMENTO:

AUSENTE ☐
 MÍNIMO ☐
 MODERADO ☒
 INTENSO ☐

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL 100 x 80
 TEMPERATURA 35,9
 PULSO 123 bpm
 SINCENIA CAPNICA 18,6
 RESPIRAÇÃO 26 rpm
 SATURAÇÃO DE O₂ 91,50%

OBSERVAÇÕES

Paciente sofreu acidente de motocicleta com
 natureza esportiva no interior. Incapaz de narrar
 detalhes por estar muito dolorido. Foi levado ao
 Hospital de destino.

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ ASPIRAÇÃO | ☐ PRANCHA LONGA | ☒ OUTROS: |
| ☐ OXIGÊNIO | ☐ PRANCHA CURTA | |
| ☐ RESSUSCITAÇÃO CARDIO PULMONAR | ☐ KED | |
| ☐ CURATIVOS | ☐ COLAR CERVICAL | |
| ☐ IMOBILIZAÇÃO DE EXTREMIDADES | ☐ ASSIST. OBSTÉTRICA | |

CONDIÇÕES DE ENTRADA NO HOSPITAL:

MELHORADO ☐
 PIORADO ☐
 INALTERADO ☐

ÓBITO:

ANTES DO SOCORRO ☐
 ANTES DO TRANSPORTE ☐
 NO TRANSPORTE ☐

HOSPITAL DE DESTINO:

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL:

Flávio
 036575

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOEL ALVES DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05793-2

CONTA: 000000007973-1

Nr. Autenticação

BRDESCO0109201705000000000023705793000000007973675000 PAGO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

RG nº 1.336.160, data de expedição 17/07/1989, Órgão SSP-DF

CPF nº 747.931.953-34 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

DOCUMENTO 1 "T1%"



Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MARECHAL RONDON</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>PLANALTINA</u>
Cidade	<u>REDEÇÃO DO GURGUEIA</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	<u>64915-000</u>
Telefone de Contato	<u>(89) 981242359</u>
E-mail	

SENTEROBI LINES 2001 6 8 25-MAR-2017 14:32 032383 1/1

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: REDEÇÃO DO GURGUEIA 02/03/2017

Assinatura do Declarante: Rosa Maria Sousa da Silva



CNPJ: 18.504.470/0001-58 - CONTA MENSAL AERG

NOME: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA		MATRÍCULA: 01789	
CPF/CNPJ: 747.931.953-34			
END: RUA MARECHAL RONDON, S/N, PLANALTINA			
CEP: 64.915-000 - REDENÇÃO DO GURGUEIA - PI			
Residência:	Classificação:	Data de Entrega:	Letra Anterior:
Residencial		30/08/2016	30/09/2016
Competência:	Vencimento:	Consumo:	Valor:
AGOSTO/2016	10/09/2016		29,60
PARCELAMENTO			
CONTRATO:	PARC. A PAGAR:	VALOR DA PARCELA:	TOTAL DO PARC.
00000	00 / 00	0,00	0,00
Últimos 5 meses (M):	Observações:		
JUL/2016 -	(+) VALOR:		
JUN/2016 -	24,60		
MAI/2016 -	(+) MORA/MULTA		
ABR/2016 -	(+) JUROS		
MAR/2016 -	(-) DESCONTO/ABATIMENTO		
	(+) TOTAL A PAGAR		
	29,60		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Obs: Pode ser pago no banco Bradesco e banco do Brasil. Impressão de 2ª via de boleto, alteração de cadastro, reclamações e reclamações, procurar o escritório da AERG na Rua Getúlio Vargas (prox. a Escola Marcos Parente).
 R\$ 5,00 Lei nº 282 de 21 de janeiro 2015 (Taxa de Imposto pública - TLP). Convênio nº 001/2015. A partir junho 2015.
 O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor nos órgãos de proteção de crédito SPC/SERASA.

ALÍQUOTAS/SERVIÇOS		IMPOSTOS/TRIBUTOS	
M. Água.....	0,00	Base de Cálculo.....	0,00
Aliq. Esgoto.....	0,00	Alíquota ICMS.....	0,00
Aliq. Água.....	0,00	Valor do ICMS.....	0,00
Aliq. Serviço.....	0,00	Valor do PIS.....	0,00
Cateteriza.....	Residência	Valor do COPINF.....	0,00
Residência.....	0,00		
Taxa Limp. PCH.....	5,00		

Via Contribuinte

Via Contribuinte



CNPJ: 18.504.470/0001-58 - CONTA MENSAL AERG

NOME: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA		MATRÍCULA: 01789	
CPF/CNPJ: 747.931.953-34			
END: RUA MARECHAL RONDON, S/N, PLANALTINA			
CEP: 64.915-000 - REDENÇÃO DO GURGUEIA - PI			
Residência:	Classificação:	Data de Entrega:	Letra Anterior:
Residencial		30/08/2016	30/09/2016
Competência:	Vencimento:	Consumo:	Valor:
AGOSTO/2016	10/09/2016		29,60
PARCELAMENTO			
CONTRATO:	PARC. A PAGAR:	VALOR DA PARCELA:	TOTAL DO PARC.
00 / 00			
Últimos 5 meses (M):	Observações:		
JUL/2016 -	(+) VALOR:		
JUN/2016 -	24,60		
MAI/2016 -	(+) MORA/MULTA		
ABR/2016 -	(+) JUROS		
MAR/2016 -	(-) DESCONTO/ABATIMENTO		
	(+) TOTAL A PAGAR		
	29,60		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Obs: Pode ser pago no banco Bradesco e banco do Brasil. Impressão de 2ª via de boleto, alteração de cadastro, reclamações e reclamações, procurar o escritório da AERG na Rua Getúlio Vargas (prox. a Escola Marcos Parente).
 R\$ 5,00 Lei nº 282 de 21 de janeiro 2015 (Taxa de Imposto pública - TLP). Convênio nº 001/2015. A partir junho 2015.
 O não pagamento poderá gerar também a inclusão do nome do consumidor nos órgãos de proteção de crédito SPC/SERASA.

82660000000-2 29601382201-4 60910088011-9 74793195334-9



Via Banco

Via Banco

SERVIDOR LINUX PRINT 6 8 23-08-2017 14:32:032384 1/1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOEL ALVES DO SOUSARG nº 2.142.802, data de expedição 18/04/1993 Órgão SSP/CE-DECPF nº 042.971.09236, venho perante a este Instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Manoel Machado Pereira</u>
Número	<u>1245</u>
Apto / Complemento	<u>CMA</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Redenção do Burgo</u>
Estado	<u>PI</u>
CEP	
Telefone de Contato	<u>89. 98124. 2359</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Dom Bosco, 07/08/12

Assinatura do Declarante:

Joel Alves do Sousa



Eletrobras

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

AV MARANHÃO, 759

CENTRO SUL - TERESINA - PI - CEP: 64.001-010

CNPJ: 06.840.748/0001-89 IE: 183013835

Atendimento: 0800 086 0800 www.cepisa.com.br

Ouvridoria: 086 3228 8282 (08:00 - 12:00 e 14:00 - 17:30h) ligação tarifada

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, 26 de abril de 2002
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série U - Nº 638967
Regime especial de imposto autorizado pela Sec. de Fazenda
Segunda Via
CELIA MARIA SOUSA DA SILVA
R. MARECHAL RONDON, 1245 S/C
B-URBANO -
CEP 64.915-006 - REDENCAO DO GURGUEIA - PI
CPF 605.848.231-34 RG 1246784 SSP DF 16-05-88
Retêlo: 905.10.25.054006

Para contato com a Empresa,
informe este número

Código Único

0843648-7

Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL - Fone 167 - Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada na origem para telefones celulares

Emissão	Data Leitura Anterior	Data Leitura Atual	Data Próxima Leitura	Dias de Consumo	Apresentação	Mês Faturado
14/07/2017	13/06/2017	14/07/2017	14/08/2017	31	14/07/2017	07/2017
Cod. Fat.	Classe/Subclasse	Ligação	Posto	Forma Faturamento	Motivo FD	Número FD
1.4.1.1	Res.bx.renda Geral	Monofasica		Normal		
Consumo	Medidor	Leit. Atual	Leit. Anterior	Constante Fatur.	NPL	Cons. Medido
	A798097	10515	10412	1.00000	5	103
						Cons. Faturado
						103

Histórico	kWh	Composição da Tarifa	Itens Faturados	Tar. sem Impostos	Valor
06/2017	104	TUSD (*) 16,68	Consumo 30 kWh a 0,202636	0,153011	6,07
05/2017	47	TE (*) 20,46	Consumo 70 kWh a 0,347369	0,262299	24,31
04/2017	7	Transmissão 2,46	Consumo 3 kWh a 0,521068	0,393459	1,56
03/2017	4	Encargos 6,36	Diferença de Tarifa		28,91
02/2017	14	Tributos 14,89	Contribuição de Iluminação Pública (COSIP)		4,58
01/2017	100		Multa Por Atraso 06/2017-00		0,79
12/2016	99		Juros De Mora De Importe / Serviços	06/2017-00	0,06
11/2016	102		Devolução Subvenção Baixa Renda		-21,84
10/2016	78		Adicional Bandeira Amarela - 0,48		
09/2016	0		Icms Sobre Subvenção Baixa Renda - 5,78		
08/2016	5				
07/2016	4				
Média		Pis - 0,48			
12 meses	47	Cofins - 2,24			

Indicadores de Continuidade:	05/2017
Cj: 331 - REDENCAO DO GURGUEIA	R\$ 4,85
Meta Mensal	Realizado Trimestral Anual
DIC 8,45	0,00 16,91 33,82
FIC 3,80	0,00 7,60 15,20
DMIC 4,65	0,00 0,00 0,00

=> Tensão Contratada - 220V Faixa Adequada - 209 a 231V

=> As informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores, para consulta, nos postos de atendimento e na página da internet desta distribuidora.

Base de Cálculo	Alíquota	Valor do ICMS
60,85	20,00	12,17

Reservado ao Fisco

031E.16D3.58B5.8450.0051.A583.D70A.3A64

Vencimento
21/07/2017

Valor a Pagar
R\$ 44,44

Taxa de emissão de 14.2.21.2017/2017

Esta Fatura está paga!



Eletrobras

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO PIAUI

UC	Mês Faturado	No. FD	TC
08436487	07/2017	00	6

Vencimento
21/07/2017

Valor a Pagar
R\$ 44,44

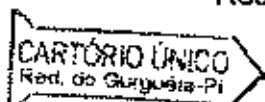
SEGURODORA LIDER DEPUT AC 16/08/2017 hora: 11:48 - 122257



DECLARAÇÃO

Eu, **ROSA MARIA SOUSA DA SILVA**, brasileira, piauiense, união estável com o declarado, lavradora, portadora do RG nº 1.336.160-SSP/DF, expedida em 17/07/89 e CPF nº 747.931.953-34, residente e domiciliada na Rua Marechal Rondon nº 1244, Bairro Planaltina, CEP-64.915.000, nesta cidade de Redenção do Gurguéia/PI. Declaro para os devidos fins e mais onde com esta for apresentada, em repartição pública federal, estadual, municipal, privada e ainda junto a **Seguradora LIDER administradora do Seguro DPVAT**, que o Sr. **JOEL ALVES DE SOUSA**, brasileiro, piauiense, união estável com a declarante, lavrador, portador do RG nº 2.148.802-SSP/DF, expedida em 18/04/99 e CPF nº 042.971.093-36, **mora e reside desde o dia 30/07/1998 até hoje**, em minha residência na Rua Marechal Rondon nº 1244, Bairro Planaltina, CEP-64.915.000, nesta cidade de Redenção do Gurguéia/PI.

Redenção do Gurguéia/PI, 28 de abril de 2017.



Rosa Maria Sousa da Silva
Rosa Maria Sousa da Silva

CARTÓRIO ÚNICO
Reconheço por autenticidade a(s) firma(s)
Indicada(s) com seta dou Fé
Em testemunho da verdade.
Redenção do Gurguéia-PI, 28/04/2017

Gildasio Soares
Gildasio Soares
Escritor



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS

Declaro(amos), para os devidos fins e efeitos de direito, sob as penas da lei, que tenho(mos) conhecimento de que a vítima JOELSON DA SILVA SOUSA, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 24/03/2016, faleceu em 25/03/2016, no estado civil de SOLTEIRO (solteiro, casado, separado judicialmente, divorciado ou viúvo), deixando como único(s) herdeiro(s) legal(is) e beneficiário(s):

	NOME COMPLETO	NA QUALIDADE DE (*)	RG	CPF
1.	JOEL ALVES DE SOUSA	PAI	2.148.802	042.971.093-36
2.	ROSAMARIA SOUSA DA SILVA	MÃE	1.336.160	747.931.953-84
3.				
4.	DOCUMENTO 2 "T206"			
5.				

(*) Especificar o grau de parentesco com a vítima

Declaro(mos), ainda, que a vítima ☒ não deixou companheira(o) ou () deixou companheira(o) de nome _____

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

REDEENÇÃO DO CURRÍCULO - PE 02/03/2017
LOCAL E DATA

Joel Alves de Sousa
ASSINATURA DO DECLARANTE

REDEENÇÃO DO CURRÍCULO - PE 02/03/2017
LOCAL E DATA

Rosamaria Sousa da Silva
ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

1	DADOS E ASSINATURA DO DECLARANTE TRATANDO-SE DE HERDEIRO(S) LEGAL(ES) MENOR(ES) DE IDADE (*)			
	NOME COMPLETO DO REPRESENTANTE LEGAL OU ASSISTENTE	RG	CPF	ASSINATURA
1.				
2.				

DADOS DAS TESTEMUNHAS

2	NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1.	Walter Mendes de Oliveira	2504013	020668493-24	<u>Walter Mendes de Oliveira</u>
2.	Andréia Araújo Mota	4.514.826	048922963-84	<u>Andréia Araújo Mota</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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

REGISTRO GERAL 4.328.986 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/01/16

NOME

JOELSON DA SILVA SOUSA

FILIAÇÃO

ROSA MARIA SOUSA DA SILVA
JOEL ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE

BOMJESUS-PI

DATA DE NASCIMENTO

15/08/1999

DOC. ORIGEM

CERT. NASC. 6373-L A10 F 152

COT-EXP. REDENÇÃO DO GURGUÊIA-PI 28/10/99

TERESINA-PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.115 DE 29/05/06

DOCUMENTO 5 '154'

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

Joelson da Silva Sousa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO
BIOMÉTRICANOME DO ELEITOR
JOELSON DA SILVA SOUSADATA DE NASCIMENTO
15/08/1999Nº INSCRIÇÃO
0443 8311 1589UF
PIZONA
0097MUNICÍPIO / LE
REDENÇÃO DO GURGUÊIA/PIDATA DE EMISSÃO
01/12/2015

Joelson da Silva Sousa
ASSINATURA DO ELEITOR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

Joelson da Silva Sousa
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

ASSINATURA DO DIRETOR

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
086.188.763-80Nome
JOELSON DA SILVA SOUSANascimento
15/08/1999

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
E887.1234.2A33.A024A autenticidade desta comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereçowww.receita.fazenda.gov.brComprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasilàs 09:00:40 do dia 28/09/2016 (hora e data da Brasília)
dígito verificador: 00

CÓDIGO LINEA PAR 6 e 23-09-2017 14:32 002385 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA CIVIL
CPT - INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



Joel Alves de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CIVIL

2 148 892

DATA DE
EMISSÃO

18-04-1999

NOME

JOEL ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO

Getúlio Eurino Martins de Sousa

Rita Alves de Sousa

NACIONALIDADE

Bom Jesus - PI

DATA DE NASCIMENTO

27-10-1975

DOC. QUEM

Cert. Masc. 1058, Fis. 296, Liv. 43,

Bom Jesus-PI

CPF 888 88

LEI Nº 7.118 DE 22-09-93

DOCUMENTO 3 "T336"



RECEITA FEDERAL DO BRASIL
Serviço de Cadastro e Recuperação

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição

042.971.093-35

Nome

JOEL ALVES DE SOUSA

Nascimento

27-10-1975

SEMI-ANEXO LÍDER SPART 6 & 23-MAR-2017 16:32 032381 1/1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1 336 160

DATA DE EXPIRAÇÃO 17-07-1989

NOME ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Mãe Domingos Pereira da Silva

Maria Zélia Alves de Sousa

NACIONALIDADE Bom Jesus-PI

DATA DE NASCIMENTO 11-09-1975

CIA. OFICIN Cert.nasc.nº 3.941, fls.108v, liv.A-46, Bom Jesus-PI

CPF *****

fabio cy baur

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 D/2000/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DISTRITO FEDERAL

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Rosa maria souza da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Nº de inscrição 747931953-34

Data do Nascimento 11/09/75



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura *Rosa maria souza da Silva*

ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

SERVIDOR

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 20/05/95

DOCUMENTO 2 *T206*



DER PRINT 6 6 25-08-2017 14:32 0325382 1/1

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141452/17
Vítima: JOELSON DA SILVA SOUSA
CPF: 086.188.763-80

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 24/09/2016
Titular do CPF: JOELSON DA SILVA SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Outros

DOCUMENTO 6 *76%



JOEL ALVES DE SOUSA : 042.971.093-36

Autorização de pagamento
Declaração de únicos herdeiros
Documentos de identificação

ROSA MARIA SOUSA DA SILVA : 747.931.953-34

Comprovante de residência
Documentos de identificação

ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 10/04/2017
Nome: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA
CPF/CNPJ: 747.931.953-34

ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 10/04/2017
Nome: Patrícia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

Patrícia Aleixo Silva

IDENTIFICAÇÃO SEGURODPVAT LÍDER - DPVAT - 6-6-23-103-2017-14132-032323-1/1

VÍTIMA SOELSON DA SILVA SOUSA
 DATA DO ACIDENTE 24/09/2016 CPF DA VÍTIMA 086.188.763-80
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SOEL ALVES DE SOUSA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () REPRESENTANTE LEGAL ☒ BENEFICIÁRIO, CUJO PARENTESCO COM A VÍTIMA É PAI
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MARECHAL RONDON
 Nº 514 COMPLEMENTO BAIRRO PLANALTINA
 CIDADE REDENÇÃO DO CORUAIA UF PI CEP 64915-000
 E-MAIL TELEFONE (84) 981242359

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO ☒ MORTE = R\$ 13.500,00
☒ INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00
☒ DESPESAS MÉDICAS (OAMS) = ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO)
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS AO LADO, NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CERTIDÃO DE ÓBITO DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO BENEFICIÁRIO OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DO BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO CADAVERÍCO (IML) OU CERTIDÃO DO AUTO DE NECRÓPSIA, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DE CADA BENEFICIÁRIO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO (ORIGINAL) PARA CADA BENEFICIÁRIO, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

- DOCUMENTOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, MÃE OU OUTRA PESSOA QUE REPRESENTA O BENEFICIÁRIO MENOR, SE DE 0 A 15 ANOS)
 - () CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- DOCUMENTOS DO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
 - () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO (ORIGINAL), INFORMANDO ESTAR O CÔNJUGUE CASADO COM A VÍTIMA ATÉ A DATA DE FALECIMENTO, BEM COMO SE A VÍTIMA DEIXOU OU NÃO DEIXOU FILHOS
- DOCUMENTOS DA COMPANHEIRA (A)
 - () PROVA DE COMPANHISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CERTIDÃO DE CASAMENTO COM DATA ATUAL, CONTENDO A SEPARAÇÃO, SE FOR O CASO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () PARA ACIDENTES OCORRIDOS A PARTIR DE 29/12/2006: DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL) COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO COMPANHEIRO(A) E CÔNJUGUE
 - () PROVA DE COMPANHISMO JUNTO AO INSS OU DECLARAÇÃO DE DEPENDENTES JUNTO À RECEITA FEDERAL OU PROVA DE DEPENDÊNCIA ATRAVÉS DA CARTEIRA DE TRABALHO OU, NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR UM DESSES DOCUMENTOS, O ALVARÁ JUDICIAL OU DECISÃO JUDICIAL QUE RECONHEÇA A UNIÃO ESTÁVEL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CERTIDÃO DE CASAMENTO, COM DATA ATUAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DE FATO (ORIGINAL), FIRMADA PELO CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
 - () TERMO DE CONCILIAÇÃO (ORIGINAL), ASSINADO PELO(A) COMPANHEIRO(A) E O CÔNJUGUE (MARIDO OU MULHER)
- DOCUMENTOS DO(A) FILHO(A) OU NETO(A) DA VÍTIMA
 - () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO PAI, MÃE OU AVÔ(S) DA VÍTIMA
 - ☒ DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS, INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
- DOCUMENTOS DO IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A) DA VÍTIMA
 - () DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS (ORIGINAL), COM DUAS TESTEMUNHAS INFORMANDO O ESTADO CIVIL DA VÍTIMA
 - () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS PAIS DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - () CERTIDÃO DE ÓBITO DOS FILHOS, SE FOR O CASO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 15/03/2017
 IDENTIDADE 2.148.802.558/PP
 ASSINATURA Paula da Rosa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 17/03/17 MATR. CORREIOS 85967473
 NOME Leociana A. Pinheiro
 ASSINATURA Leociana A. Pinheiro

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JOEL ALVES DE SOUSA, portador da carteira de identidade nº 2.148.802 e inscrito no CPF/ME sob o nº 042.971.093-36, residente e domiciliado na RUA MARECHAL RONDON, S/N BAIRRO PLANALTIMA, Cidade REDENÇÃO DO BURGUÊS, Estado PELUI, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Joel Alves de Sousa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

REDENÇÃO DO BURGUÊS-PE 15/03/2017

Local e data

RECEBUEIRO LÍDER DPVAT 68 25-03-2017 14:32 052387 1/1

1) Nome do falecido		2) Data do nascimento		3) Cartão SUS		4) Naturalidade	
JOELSON DA SILVA		25.09.2016		0015			
5) Nome da mãe		6) Nome da mãe		7) Nome da mãe		8) Nome da mãe	
JOEL AIVES DE SOUSA							
9) Data de nascimento		10) Idade		11) Sexo		12) Situação conjugal	
15.08.1999		14		M		1. Casado	
13) Escolaridade (última série concluída)		14) Letramento		15) Religião		16) Situação civil	
Fundamental I (1ª a 4ª série)		Sim		Católico		Solteiro	
17) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		18) Bairro/Distrito		19) Município de residência		20) CEP	
RUA DE ARAUCÁRIA		CENTRO		RESENDA		23040-000	
21) Local de ocorrência do óbito		22) Estabelecimento		23) Código CNES		24) CEP	
Hospital		HOSPITAL REGIONAL DE SAUDÉ		3469		23040-000	
25) Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)		26) Bairro/Distrito		27) Município de ocorrência		28) CEP	
RUA DE ARAUCÁRIA		CENTRO		RESENDA		23040-000	
PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PARA ÓBITOS FETAIS E DE MENORES DE 1 ANO - INFORMAÇÕES SOBRE A MÃE							
29) Idade (anos)		30) Escolaridade (última série concluída)		31) Ocupação habitual		32) Código CBO 2002	
27		Fundamental I (1ª a 4ª série)		Ocupação habitual		23040-000	
33) Número de filhos vivos		34) Nº de gestações		35) Tipo de gravidez		36) Tipo de parto	
1		1		Única		Vaginal	
37) Data da morte		38) Hora da morte		39) Local da morte		40) Nome da Declaração da Morte	
25.09.2016		16		Hospital		Dr. Leandro Dias e Silva	
ÓBITO DE MULHER EM IDADE FÉRTIL							
41) A morte ocorreu		42) Na gravidez		43) No parto		44) No puerpério	
Sim		Sim		Sim		Sim	
CAUSAS DA MORTE							
45) Parte I		46) Parte II		47) Parte III		48) Parte IV	
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal		Doença ou estado mórbido que causou diretamente a morte		Outras condições significativas que contribuíram para a morte, e que não entraram, porém, na cadeia causal	
CID-10: E60.0		CID-10: E60.0		CID-10: E60.0		CID-10: E60.0	
ASSISTÊNCIA MÉDICA							
49) Receber assistência médica durante a doença que ocasionou a morte?		50) Receber assistência médica durante a doença que ocasionou a morte?		51) Receber assistência médica durante a doença que ocasionou a morte?		52) Receber assistência médica durante a doença que ocasionou a morte?	
Sim		Sim		Sim		Sim	
DIAGNÓSTICO CONFIRMADO							
53) Necropsia?		54) Necropsia?		55) Necropsia?		56) Necropsia?	
Sim		Sim		Sim		Sim	
MÉDICO							
57) Nome do Médico		58) CRM		59) Data do atestado		60) Assinatura	
LEANDRO DIAS e SILVA		05425		25.09.2016		Dr. Leandro Dias e Silva	
CAUSAS EXTERNAS							
61) Tipo		62) Descrição sumária do evento		63) Endereço do local do acidente ou violência		64) Município e UF do SVD ou IML	
1. Acidente		Acidente		RUA DE ARAUCÁRIA		RESENDA	
ENDEREÇO DO LOCAL DO ACIDENTE OU VIOLÊNCIA							
65) Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)		66) Bairro		67) Município		68) UF	
RUA DE ARAUCÁRIA		CENTRO		RESENDA		RJ	



I Identificação	
1 Tipo de óbito 1 ☐ Fetal 2 ☐ Não Fetal	2 Data do óbito 25/03/2016
3 Cartão SUS	4 Naturalidade
5 Nome do Falecido	
6 Nome do Pai	
7 Nome de Mãe	
8 Data de nascimento	9 Idade
10 Sexo 1 ☐ M - Masculino 2 ☐ F - Feminino 3 ☐ Ignorado	
11 Raça/Cor 1 ☐ Branca 2 ☐ Preta 3 ☐ Amarela 4 ☐ Parda 5 ☐ Indígena	
12 Situação conjugal 1 ☐ Solteiro 2 ☐ Casado 3 ☐ Viúvo 4 ☐ Separado judicialmente 5 ☐ União estável 6 ☐ Ignorado	
13 Escolaridade (última série concluída) Nível 0 ☐ Sem escolaridade 1 ☐ Fundamental I (1ª a 4ª Série) 2 ☐ Fundamental II (5ª a 8ª Série) 3 ☐ Médio (até 2ª grau) 4 ☐ Superior incompleto 5 ☐ Superior completo	
14 Ocupação habitual (informar anterior, se aposentado / desempregado) ESTUDANTE	
15 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	
16 Bairro/Distrito	
17 Município de residência	
18 UF	
19 CEP	
20 Local de ocorrência do óbito 1 ☐ Hospital 2 ☐ Outros estabelecimento de saúde 3 ☐ Domicílio 4 ☐ Via pública 5 ☐ Outros 6 ☐ Ignorado	
21 Estabelecimento	
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	
23 Bairro/Distrito	
24 Município de ocorrência	
25 UF	
26 CEP	
27 UF	
28 UF	
29 UF	
30 UF	
31 UF	
32 UF	
33 UF	
34 UF	
35 UF	
36 UF	
37 UF	
38 UF	
39 UF	
40 UF	
41 UF	
42 UF	
43 UF	
44 UF	
45 UF	
46 UF	
47 UF	
48 UF	
49 UF	
50 UF	
51 UF	
52 UF	
53 UF	
54 UF	
55 UF	
56 UF	
57 UF	
58 UF	
59 UF	
60 UF	
61 UF	
62 UF	
63 UF	
64 UF	
65 UF	
66 UF	
67 UF	
68 UF	
69 UF	
70 UF	
71 UF	
72 UF	
73 UF	
74 UF	
75 UF	
76 UF	
77 UF	
78 UF	
79 UF	
80 UF	
81 UF	
82 UF	
83 UF	
84 UF	
85 UF	
86 UF	
87 UF	
88 UF	
89 UF	
90 UF	
91 UF	
92 UF	
93 UF	
94 UF	
95 UF	
96 UF	
97 UF	
98 UF	
99 UF	
100 UF	

II Residência	
16 Bairro/Distrito	
17 Município de residência	
18 UF	
19 CEP	

III Ocorrência	
20 Local de ocorrência do óbito	
21 Estabelecimento	
22 Endereço de ocorrência (rua, praça, avenida, etc.)	
23 Bairro/Distrito	
24 Município de ocorrência	
25 UF	
26 CEP	

IV Fetal ou menor que 1 ano	
27 Idade (anos)	
28 Escolaridade (última série concluída)	
29 Ocupação habitual	
30 Número de filhos vivos	
31 Tipo de parto	
32 Tipo de gravidez	
33 Tipo de parto	
34 Morto em relação ao parto	
35 Peso ao nascer	
36 Número da Declaração de Nascimento	

V Condições e causas do óbito	
37 A morte ocorreu	
38 Causas da morte	
39 Causas antecedentes	
40 PARTE II	
41 Nome do Médico	
42 CRM	
43 Óbito atestado por Médico	
44 Município e UF do SVO ou IMIL	
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	
46 Data do atestado	
47 Assinatura	
48 Assinatura	
49 Assinatura	
50 Assinatura	
51 Assinatura	
52 Assinatura	
53 Assinatura	
54 Assinatura	
55 Assinatura	
56 Assinatura	
57 Assinatura	
58 Assinatura	
59 Assinatura	
60 Assinatura	
61 Assinatura	
62 Assinatura	
63 Assinatura	
64 Assinatura	
65 Assinatura	
66 Assinatura	
67 Assinatura	
68 Assinatura	
69 Assinatura	
70 Assinatura	
71 Assinatura	
72 Assinatura	
73 Assinatura	
74 Assinatura	
75 Assinatura	
76 Assinatura	
77 Assinatura	
78 Assinatura	
79 Assinatura	
80 Assinatura	
81 Assinatura	
82 Assinatura	
83 Assinatura	
84 Assinatura	
85 Assinatura	
86 Assinatura	
87 Assinatura	
88 Assinatura	
89 Assinatura	
90 Assinatura	
91 Assinatura	
92 Assinatura	
93 Assinatura	
94 Assinatura	
95 Assinatura	
96 Assinatura	
97 Assinatura	
98 Assinatura	
99 Assinatura	
100 Assinatura	

VI Médico	
41 Nome do Médico	
42 CRM	
43 Óbito atestado por Médico	
44 Município e UF do SVO ou IMIL	
45 Meio de contato (telefone, fax, e-mail, etc.)	
46 Data do atestado	
47 Assinatura	
48 Assinatura	
49 Assinatura	
50 Assinatura	
51 Assinatura	
52 Assinatura	
53 Assinatura	
54 Assinatura	
55 Assinatura	
56 Assinatura	
57 Assinatura	
58 Assinatura	
59 Assinatura	
60 Assinatura	
61 Assinatura	
62 Assinatura	
63 Assinatura	
64 Assinatura	
65 Assinatura	
66 Assinatura	
67 Assinatura	
68 Assinatura	
69 Assinatura	
70 Assinatura	
71 Assinatura	
72 Assinatura	
73 Assinatura	
74 Assinatura	
75 Assinatura	
76 Assinatura	
77 Assinatura	
78 Assinatura	
79 Assinatura	
80 Assinatura	
81 Assinatura	
82 Assinatura	
83 Assinatura	
84 Assinatura	
85 Assinatura	
86 Assinatura	
87 Assinatura	
88 Assinatura	
89 Assinatura	
90 Assinatura	
91 Assinatura	
92 Assinatura	
93 Assinatura	
94 Assinatura	
95 Assinatura	
96 Assinatura	
97 Assinatura	
98 Assinatura	
99 Assinatura	
100 Assinatura	

VII Causas externas	
49 Tipo	
50 Descrição sumária do evento	
51 Endereço do local do acidente ou violência	
52 Logradouro (rua, praça, avenida, etc.)	
53 Número	
54 Bairro	
55 Município	
56 UF	

VIII Cartório	
57 Cartório	
58 Município	
59 Declaração	

CNPJ: 29.225.563/0001-20
AV. DR. RAIMUNDO SANTOS, Nº 193, PROX AO AEROPORTO BOM JESUS-PI
TEL: (89) 35622438/999071050/981055800



CLIENTE: CELIA MARIA SOUSA DA SILVA			
ENDEREÇO: RUA DO FERREIRO			
TELEFONE:		CELULAR 981350345	
RG:	CPF:	UF: PI	
NOME DO FALECIDO (A): JOELSON DA SILVA SOUSA			
ENDEREÇO:		Nº BAIRRO: PLANALTINA	CIDADE: REDENÇÃO
QUANT.	SERVIÇOS PRESTADOS		VALOR
01	URNA	()	
01	ORNAMENTAÇÃO	()	
01	REMOÇÃO DE BOM JESUS A REDENÇÃO DO GURGUEIA	()	
01	TANATUS	(x)	900,00
01	EMBALSANAMENTO	()	
01			
		TOTAL	R\$ 900,00

RECEBEU EM 25/09/2016

ASS. DO RESPONSÁVEL

GRUPO RDS SERVICES FUNERARIOS

CNPJ 19.226.563/0001-20

Av. Del Rincón de Santos, #485 - Aeropuerto

CLÍNICA DE FANAPÚS SANTA RITA

CLÍNICA DE TANATÚS SANTA RITA

AV. DR. RAIMUNDO SANTOS, Nº 1295, PROX AO AEROPORTO BOM JESUS-PI
TEL: (89) 35622438/999071050/981055800

SEBASTIANA LIBER DUPT 6 & 23-FEB-2017 14:32 032374 17

Hospital Regional Manoel de Sousa Santos

Av. Raimundo Santos, 546 - fone: (89) 3562-1192
CEP: 64.900-000 - BOM JESUS - PI

Paciente: Joelson da Silva Sousa

Declaração médica

Declaro, para os devidos
fins, que o Joelson da Silva
Sousa foi vítima de au-
dência de violação de
data 24/03/16. O mesmo se
encontra em PCR, ju-
rizado, PCR e seu sucesso
na obtenção de
abono por doença, a concessão

Volando, quando trazo esta receita

Dr. Leonardo Dias Silva
Médico

SEMPRE LIGAR PARA 6 23-000-2017 14-12 032375 1/1



HOSPITAL REGIONAL MANOEL DE SOUSA SANTOS
AVENIDA DR. RAIMUNDO SANTOS,
CENTRO, BOM JESUS/PI - 62800-000
CNPJ: 06553564002181
(89) 3562-1192 - (89) 3562-1192

Ficha de Atendimento (Pronto Socorro)

Atendimento: P0175091

Data: 24/09/2016

Funcionário: ELIZEU

Registro: 32679

Hora: 22:32:00

Tipo: CONSULTA

Sexo: MASCULINO

SUS

Senha 27

JOELSON DA SILVA SOUSA

Nasc.: 15/08/1999 Idade: 17 ANOS, 1 MÊS, 9 DIAS

End.: MARECHAL RONDON, 0 -

IBGE: 2208700 Cor: PARDA

Mãe: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Clinica: CLINICA GERAL

Documento: 6425 - LEANDRO DIAS E SILVA

Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA - MÃE

CPF: - RG: 4.328.986 - SUS: 162226874160006

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64915

Cidade: REDENCAO DO GURGUEIA/PI

Pat: JOEL ALVES DE SOUSA

Temp.: °C

Peso: 0Kg

P.A.:

Procedimentos

24/09/2016 22:32

0301060029 CONSULTA MEDICAMENTOSA

24/09/2016 15:40

0301010048 CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉ)

☐ Sem

☒ Vermelho - Emergência

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Acidente de motocicleta

Exame clínico/físico:

Paciente chega vítima de

Diagnóstico provável:

Acidente de motocicleta

Medicação:

Atendimento no Pronto Socorro

PCT teve PCR realizado

RCP sem sucesso com Aclrenalida

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

① Feito manobra de
ressuscitacao. Sem sucesso
vítima de choque
Cardiogênico
Hipovolêmico.

SETERAM LIMA
PART 6 R
25-09-2016 14:32
352378 111

Senha 27

SUS

JOELSON DA SILVA SOUSA

Nasc.: 15/08/1999 Idade: 17 ANOS, 1 MÊS, 9 DIAS

CPF: - RG: 4.328.986 - SUS: 162226874160006

End.: MARECHAL RONDON, 0 -

Profissão: ESTUDANTE

Civil: SOLTEIRO(A) CEP: 64911

IBGE: 2208700 Cor: PARDA

Bairro: PLANALTINA

Cidade: REDENÇÃO DO GURGUEIA/PI

Mãe: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Pai: JOEL ALVES DE SOUSA

Clinica: CLINICA GERAL

Documento: 6425 - LEANDRO DIAS E SILVA

Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA - MÃE

Temp.: °C

Peso: 0Kg

P.A.:

Procedimentos

24/09/2016 22:32

0301060029

CONSULTA MEDICAMENTOSA

24/09/2016 15:40

0301010048

CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉ

☐ Sem

☒ Vermelho - Emergência

☐ Amarelo - Urgente

☐ Verde - Pouco Urgente

☐ Azul - Não Urgente

Queixa principal:

Acidente de motocicleta

Exame clínico/físico:

Paciente chega vítima de

Diagnóstico provável:

Acidente de motocicleta

Medicação:

Atenolol no Pronto Socorro

PCT teve PCR realizado

RCP sem sucesso com Adrenalina

Procedimentos/exames realizados:

Ass. Técnico

① Feito manobra de
ressuscitação. Sem sucesso
vítima de choque
Cardiogênico
Hipovolêmico.

SEGREDO EM LÍNEA DE VITA 64 25-08-2017 14:12 032379 1/1

Responsável: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

6425 - LEANDRO DIAS E SILVA

Ações
Aviso Segundaria Lider
Filtros
Buscar processo
Legenda

Resumo						
ASL	Nº Sinistro	CPF da vítima	Vítima	Natureza	Data início	

Aviso Segundaria Lider

Identificação

Vítima

Sinistro

Pessoas

Documentos

Portador

Condição

CPF / CNPJ*	Nascimento*	Nome / Razão social*	Vítima	Rep. legal	Procurador	Beneficiário
086.188.763-80	15/08/1999	JOELSON DA SILVA SOUSA				
042.971.093-36	27/10/1975	JOEL ALVES DE SOUSA				
747.931.953-34						

PF

Beneficiário sem CPF

Erro

Erro no Processo PF

OK

Anterior

Próximo

Cancelar

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das
Condições do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0141452/17
Vítima: JOELSON DA SILVA SOUSA
CPF: 086.188.763-80

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 24/09/2016
Titular do CPF: JOELSON DA SILVA SOUSA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Outros

JOEL ALVES DE SOUSA : 042.971.093-36

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ROSA MARIA SOUSA DA SILVA : 747.931.953-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



ATENÇÃO:

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

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/08/2017
Nome: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA
CPF: 747.931.953-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2017
Nome: Karine Gomes de Lima
CPF: 074.990.807-65

ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Karine Gomes de Lima

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10837697

A/C: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170206225 ASL-0141452/17

Vítima: JOELSON DA SILVA SOUSA

Data Acidente: 24/09/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 23/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 24/09/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

**Certifico e dou fé que a presente
fotocópia confere com o original.**

Custas - R\$ 3,03

Bom Jesus - PI 07/08/2017


Rejane Reis Dias Fonseca
Escritor autorizada
CPF 013 437 713-31

Cartório Praelino
2º Ofício Registral Civil
Rua Tab. Raimundo
Bom Jesus - PI
Fone: 3363
3363



SEGURADORA LIDER DPVAT PC 16/08/2017 hora: 11:47 - 122249

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10838863

A/C: JOEL ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170206225 ASL-0141452/17

Vítima: JOELSON DA SILVA SOUSA

Data Acidente: 24/09/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 23/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 24/09/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

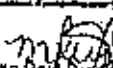
Sinceramente,

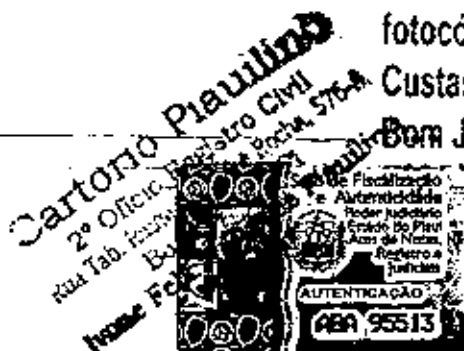
Lider-DPVAT

Certifico e dou fé que a presente
fotocópia confere com o original.

Custas - R\$ 3,03

Bom Jesus - PI 07/08/2017


Mário Rejane Reis Dias Fonseca
Escrivente autorizada
CPF 013.437.713-31



SEGURADORA LIDER DPVAT REC 16/08/2017 Hora: 11:48 - 122255

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10837311

A/C: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170206225 ASL-0141452/17

Vítima: JOELSON DA SILVA SOUSA

Data Acidente: 24/09/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

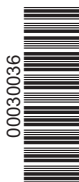
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10837697

A/C: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170206225 ASL-0141452/17

Vitima: JOELSON DA SILVA SOUSA

Data Acidente: 24/09/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10838863

A/C: JOEL ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170206225 ASL-0141452/17

Vitima: JOELSON DA SILVA SOUSA

Data Acidente: 24/09/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **24/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2017

Carta nº: 10839021

A/C: JOEL ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170206225 ASL-0141452/17

Vítima: JOELSON DA SILVA SOUSA

Data Acidente: 24/09/2016

Natureza: MORTE

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11597520

A/C: JOEL ALVES DE SOUSA

Sinistro: 3170206225 ASL-0141452/17
Vítima: JOELSON DA SILVA SOUSA
Data Acidente: 24/09/2016
Natureza: MORTE
Procurador:

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: JOEL ALVES DE SOUSA

Valor: R\$ 6.750,00

Banco: 237

Agência: 000005793-2

Conta: 000007973-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DOCUMENTO 1 *T1%*



Nº DO SINISTRO _____

SEGURADORA _____

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

EU, JOEL ALVES DE SOUSA

PORTADOR(A) DO RG Nº 2.148.802 EXPEDIDO POR SSP EM 18/04/1999 E

CPF 042971033-36 / CNPJ _____, PROFISSÃO LAVADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA JOELSON DA SILVA SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcionário;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5793 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7973-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

RECEBIDO DO G. 02 de MARÇO de 2017
LOCAL E DATA

Joel Alves de Sousa
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Bradesco

Conecte-se a usar o seu cartão.

Desbloqueie a FUNÇÃO DÉBITO do seu cartão em uma máquina de Autoatendimento Bradesco.

Para contratar a FUNÇÃO CRÉDITO, entre em contato com a sua Agência. Crie o seguro a adesão.



5090 0034 4084 7105

01/22 5793 2 0007973 1 01 00

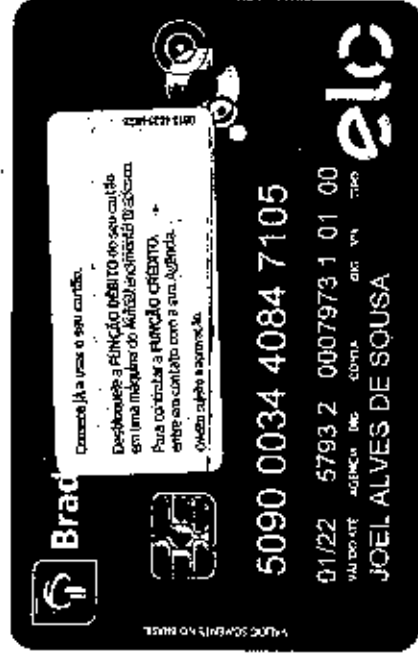
VALIDO ATÉ AGÊNCIA DEB. CRED. DIA MÊS ANO

JOEL ALVES DE SOUSA

elo

SEBAP0000 LINEAR PRINT 6 6 23-08-2017 14:33 032392 1/1

SEGUROPORA LIDER DUAT AC 16/08/2017 hora: 11:47 - 122251



Data 26/08/2017 Hora de Brasília 16:27

Deposito em Conta Corrente

Favorecido
Banco 237
Agencia 05731 - BON JESUS
Conta 0000000273-1
Nome JOEL ALVES DE SOUSA

Depositante O PRATATO

ENDRECIDO

Valor em dinheiro

Valor em cheque

Valor total

Pq Bradesco 5233 BON JESUS

Corresp Banc. 100 - MULTIPLO

REBOLCACHOS

BSU 027785452499 Autenticacao 658632

O G.F. FOLHA atua como correspondente
Bancario do Banco Bradesco S/A.

Conserve este recibo

GUARDIA BRADESCO

0800 722 9833



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

3170206285

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, ROSÂ MENEZES SOUZA 22 SILVA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1376160 EXPEDIDO POR SSP 2R EM 12/02/89 E
 CPF 79797932953-2 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO Condutor
 E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 () NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ROSELI 22 SILVA SOUZA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 222 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 5997-2 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 7979-1

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rosângela 07 de 08
 LOCAL E DATA

Rosângela Menezes da Silva
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 171684.000139/2016-71

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE REDENÇÃO DO GURGUÊIA Resp. pelo Registro: Edilson Martins Dos Santos

Data/Hora: 29/09/2016 - 18:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE POLÍCIA DE REDENÇÃO DO GURGUÊIA

Tipo Local

OUTROS

Município

REDENÇÃO DO GURGUÊIA

Endereço

RODOVIA QUE LIGA REDENÇÃO A CURIMATÁ/PI Nº

Completo

Data/Hora

24/09/2016 - 20:30

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOEL ALVES DE SOUSA

RG: 2146 2 SEP DF

Mãe: RITA ALVES DE SOUSA

Pai: GETÚLIO QUIRINO MARTINS DE SOUSA

Endereço: RUA MARECHAL RONDON, Nº

Complemento: PLANALTIMA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: REDENÇÃO DO GURGUÊIA

Nome: JOELSON DA SILVA SOUSA

RG: 4328986 SS-PI

Mãe: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Pai: JOEL ALVES DE SOUSA

Endereço: RUA MARECHAL RONDON, Nº

Bairro: PLANALTIMA

Cidade: REDENÇÃO DO GURGUÊIA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

CARTÓRIO ÚNICO
Certifico que as presentes fotocópias conferem em tudo conforme o original que conferi ao qual dei o devido teor da verdade.
Redenção do Gurguêia - PI, 29/09/2016
Gildasio Soares Mendes
Escritário

Tipo Envolv.: VITIMA FATA



NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Mort. Acidental no trânsito

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NA DATA SUPRA ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTO TIPO HONDA/CG 125 FAN ES PLACA PIF-249-PI, DOCUMENTAÇÃO EM NOME DE ROSA MARIA SOUSA DA SILVA, PORTADORA DO CPF 747.931.953-34, LEVANDO COMO CARONA O SEU FILHO JOELSON DA SILVA SOUSA, PORTADOR DO RG: 4328986/PI; QUE, QUANDO SE DESLOCAVA PELA RODOVIA QUE LIGA REDENÇÃO A CURIMATÁ/PI, AO ULTRAPASSAR O CARRO TIPO PAMPA, PLACA JEL-1236/GO QUE ESTAVA PARADO NA PISTA DE ROLAMENTO, SEM SINALIZAÇÃO, TENDO COMO CONDUTOR O SENHOR GILMÁRIO, PERCEBEU QUE VINHA EM SENTIDO EM CONTRÁRIO OUTRO VEÍCULO; QUE, TENTOU RETORNAR PARA SUA MÃO DE DIREÇÃO, MAS BATEU NA PAMPA, JOGANDO A SUA MOTO PARA PISTA CONTRÁRIA; QUE, O VEÍCULO TIPO PAMPA, PLACA GO-3983 DE PASSOU POR CIMA DA MOTO E SAIU ARRASTANDO A MOTO E SEU FILHO, ENQUANTO O DEPOIS PARA O LADO CONTRÁRIO SOFRENDO LESÕES NAS PERNAS; QUE, O SEU FILHO JOELSON DA SILVA SOUSA, FOI SOCORRIDO E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE BOM JESUS/PI, MAS NÃO RESISTIU E VEIO A ÓBITO POR VOLTA DAS 00:15 DO DIA 29/09/2016. PORTANTO VEIO COMUNICAR O FATO NESTA DELEGACIA.

Edilson Martins Dos Santos - Mat. 10.81027
AGENTE DE POLÍCIA

JOEL ALVES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência

325 v. 1.0

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 171684.000139/2016-71

ALDELY FONTINELI DE SOUSA

Delegada de Polícia



SECRETARIA LIDER DEPUT 6 & 23-10-2017 14:35 032391 1/1



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 171684.000139/2016-71

Unidade de Registro:

Resp. pelo Registro: Edilson Martins Dos Santos

Data/Hora: 29/09/2016 - 10:07

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

Data/Hora

DP DE REDENÇÃO DO GURGUEIA

24/09/2016 - 20:30

Tipo Local

OUTROS

Município

REDENÇÃO DO GURGUEIA

Bairro

OUTROS - ZONA RURAL

Endereço

RODOVIA QUE LIGA REDENÇÃO A CURIMATÁ/PI, Nº:

Complemento

Ponto de Referência

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: JOEL ALVES DE SOUSA

Tipo Envolv.: NOTICIANTE/Noticiante

RG: 2148802 SSP DF

Mãe: RITA ALVES DE SOUSA

Pat: GETÚLIO OLIVEIRA MARTINS DE SOUSA

Endereço: RUA MARECHAL RONDON, Nº

Complemento: PLANALTINA

Bairro: OUTROS - ZONA URBANA

Cidade: REDENÇÃO DO GURGUEIA

Nome: JOELSON DA SILVA SOUSA

Tipo Envolv.: VÍTIMA FATAL

RG: 4328986 SSP PI

Mãe: ROSA MARIA SOUSA DA SILVA

Pat: JOEL ALVES DE SOUSA

Endereço: RUA MARECHAL RONDON, Nº

Bairro: PLANALTINA

Cidade: REDENÇÃO DO GURGUEIA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Morte acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NA DATA SUPRA ESTAVA PILOTANDO A SUA MOTO TIPO HONDA/CG 125 FAN ES, PLACA PIF-2496/PI, DOCUMENTAÇÃO EM NOME DE ROSA MARIA SOUSA DA SILVA, PORTADORA DO CPF 747.931.953-34, LEVANDO COMO CARONA O SEU FILHO JOELSON DA SILVA SOUSA, PORTADOR DO RG: 4328986/PI; QUE, QUANDO SE DESLOCAVA PELA RODOVIA QUE LIGA REDENÇÃO A CURIMATÁ/PI, AO ULTRAPASSAR O CARRO TIPO PAMPA, PLACA JEL-1236/GO QUE ESTAVA PARADO NA PISTA DE ROLAMENTO, SEM SINALIZAÇÃO, TENDO COMO CONDUTOR O SENHOR GILMÁRIO, PERCEBEU QUE VINHA EM SENTIDO EM CONTRÁRIO OUTRO VEÍCULO; QUE, TENTOU RETORNAR PARA SUA MÃO DE DIREÇÃO, MAS BATEU NA PAMPA, JOGANDO A SUA MOTO PARA PISTA CONTRÁRIA; QUE, O VEÍCULO TIPO PÁLIO DE PLACA JGU-5963/DF PASSOU POR CIMA DA MOTO E SAÍU ARRASTANDO A MOTO E SEU FILHO, ENQUANTO O DEPOENTE CAIU PARA O LADO CONTRÁRIO SOFRENDO LESÕES NAS PERNAS; QUE, O SEU FILHO JOELSON DA SILVA SOUSA FOI SOCORRIDO E CONDUZIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE BOM JESUS/PI, MAS NÃO RESISTIU E VEIO A ÓBITO POR VOLTA DAS 00:15 DO DIA 25/09/2016. PORTANTO, VEIO COMUNICAR O FATO NESTA DELEGACIA.

Lindomar Lima Fernandes - Mat. 0450561
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

JOEL ALVES DE SOUSA - Noticiante
Responsável pela Informação

Cartório Piauílino

2º Ofício Registro Civil

166, Rua Manoel José Rocha, 576-A

Bom Jesus - PI

Ivone Felício Borges Piauílino

Titular

Certifico e dou fé que a presente
fotocópia confere com o original.

Custas - R\$ 3,03

Bom Jesus - PI 07/08/17

mlf
Maria Rejane Reis Dias Fonseca
Escrivente autorizada
CPF 013.437.713-31

