



Número: **0812797-67.2020.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **05/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Obrigação de Fazer / Não Fazer**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PATRICIA SIMONE PEREIRA DA SILVA (AUTOR)			
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
ANA BARBOSA DOS SANTOS (REU)			
MARCIANO FERREIRA DOS SANTOS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
10119385	05/06/2020 15:14	Petição Inicial	Petição Inicial
10119745	05/06/2020 15:14	DOC-01	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10119747	05/06/2020 15:14	DOC-02	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10119749	05/06/2020 15:14	DOC-03	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10119750	05/06/2020 15:14	DOC-04	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10119754	05/06/2020 15:14	DOC-05	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10119756	05/06/2020 15:14	DOC-06	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
10119758	05/06/2020 15:14	DOC-07 DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

PETIÇÃO INICIAL E DOCUMENTOS COMPROBATÓRIO ANEXOS



Rio de Janeiro, 22 de outubro de 2019
DPVAT/JUR – 4192/2019

À
DEFENSORIA PÚBLICA DO ESTADO DO PIAUÍ
a/c: Dra. Sheila de Andrade Ferreira – Defensora Pública
Avenida João XXIII, nº 853, Jockey Clube
64049-010 – Teresina – PI

Assunto: OF. DDPI. DDA nº 753/2019

A SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A. (“Seguradora Líder”), CNPJ/MF nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua da Assembleia, 100, 26º andar, Centro, Rio de Janeiro, CEP 20011-904, vem, em atenção ao ofício em epígrafe, prestar os seguintes esclarecimentos:

Os documentos acostados ao processo administrativo denotam que a vítima **JOSÉ VANILSON BARBOSA DOS SANTOS**, CPF/MF nº 001.510.571-76, faleceu no estado civil de solteiro, sem deixar filhos e com genitores vivos.

Ingressaram com o pedido administrativo para recebimento da indenização do Seguro DPVAT por **morte**, Ana Barbosa dos Santos e Marciano Ferreira dos Santos, genitores da vítima, os quais se apresentaram como únicos e legítimos beneficiários da vítima, consoante Certidão de Óbito e declarações anexas.

Considerando que a vítima veio a óbito em razão de acidente de trânsito ocorrido em **11/04/2015**, ou seja, na vigência da Lei 6.194, de 1974, com as alterações promovidas pela Lei 11.482, de 2007, os legítimos beneficiários são os previstos no artigo 792 do Código Civil, consoante se observa da transcrição abaixo:

Lei 6.194, de 1974

Art. 4º - A indenização no caso de morte será paga de acordo com o disposto no art. 792 da Lei 10.406, de 10 de janeiro de 2002 – Código Civil.

Lei 10.406, de 2002

Art. 792. Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária.

Por conseguinte, s.m.j., de acordo com os documentos apresentados, a indenização seria devida integralmente aos genitores da vítima.

100/119796/2019/002
-RBP-



Assim, em atenção às normas aplicáveis aos pagamentos das indenizações do Seguro DPVAT e, com base na documentação acostada ao processo administrativo, a indenização foi realizada no valor de **R\$ 13.500,00**, nos termos da Lei 6.194, de 1974, com as alterações promovidas pela Lei 11.482, de 2007, através de 2 (dois) pagamentos, a saber:

- Pagamento **no valor de R\$ 6.750,00, efetuado em 08/07/2019**, por meio de crédito na conta corrente nº 41014-0, da agência nº 3376, da Caixa Econômica Federal, de titularidade de Ana Barbosa dos Santos, CPF/MF nº 726.319.296-91, genitora da vítima.
- Pagamento **no valor de R\$ 6.750,00, efetuado em 08/07/2019**, por meio de crédito na conta corrente nº 41015-8, da agência nº 3376, da Caixa Econômica Federal, de titularidade de Marciano Ferreira dos Santos, CPF/MF nº 609.007.336-91, (genitor da vítima.

Conforme demonstrado, a indenização do Seguro DPVAT foi integralmente paga de boa-fé, às pessoas que se apresentaram como os únicos e legítimos beneficiários da indenização do Seguro DPVAT por morte da vítima, não restando saldo remanescente para realização de bloqueio em benefício do assistido.

Ante o exposto, o assistido poderá pleitear seu ressarcimento em face de quem recebeu a integralidade da indenização do Seguro DPVAT, se assim desejar.

Por fim, cumpre esclarecer que atuou como procurador no procedimento administrativo, Fransley Diogenes da Costa Ferreira, CPF/MF nº 000.185.471-25.

Manifestando votos de estima e consideração, a Seguradora Líder se coloca à disposição para quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários.

Atenciosamente



Leila Caires
Coordenador Jurídico





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 001.510.571-76 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ VANILSON BARBOSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: MARCIANO FERREIRA DOS SANTOS 6 - CPF: 609.007.336-91
7 - Profissão: APOSENTADO 8 - Endereço: QUADRA CENTRAL, BLOCO "C", APARTAMENTO 112 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRAL 12 - Cidade: SOBRADINHO 13 - Estado: DF 14 - CEP: 73.010-522
15 - E-mail: ADILSONDTF@GMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (61) 99666-5496

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3376 CONTA: 41015 8 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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, 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 de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☒ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 04/06/2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima: GENITOR 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 nascituro (ou nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☒ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 7 Falecidos: 0 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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou 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

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: FELISMINO ALVES FERREIRA JUNIOR

CPF: 012.018.071-58

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: NIVEA ESPERANÇA MACHADO BARROS

CPF: 010.288.761-65

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SOBRADINHO/DF, 24 DE JUNHO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

001.510.571-76

4 - Nome completo da vítima:

JOSÉ VANILSON BARBOSA DOS SANTOS

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

5 - Nome completo:

ANA BARBOSA DOS SANTOS

6 - CPF:

726.319.296-91

7 - Profissão:

APOSENTADA

8 - Endereço:

QUADRA CENTRAL, BLOCO "C", APARTAMENTO

9 - Número:

112

10 - Complemento:

11 - Bairro:

CENTRAL

12 - Cidade:

SOBRADINHO

13 - Estado:

DF

14 - CEP:

73.010-522

15 - E-mail:

ADILSONDTF@GMAIL.COM

16 - Tel. (DDD):

(61) 99666-5496

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3376

CONTA: 41014

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 os fins de requerimento do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar 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 assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, por base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa desistência de contestar a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 JUL 2019

BRASIL - DF

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:

04/06/2019

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

GENITORA

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 nascituro (a nascer)?

☐ Sim ☒ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☒ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

7

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, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou 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

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

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

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

38 - 1º Nome: FELISMINO ALVES FERREIRA JUNIOR

CPF: 012.018.071-58

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: NIVEA ESPERANÇA MACHADO BARROS

CPF: 010.288.761-65

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SOBRADINHO/DF, 24 DE JUNHO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

002/2019



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:

08/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA BARBOSA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03376

CONTA: 000000041014-0

Nr. da Autenticação 513111005D349AD5



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:

08/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIANO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03376

CONTA: 000000041015-8

Nr. da Autenticação D046F23665AFBCBC





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

JOSÉ VANILSON BARBOSA DOS SANTOS

CPF

001.510.571-76

MATRÍCULA:

021006 01 55 2019 4 00039 192 0015792 31

SEXO

masculino

COR

parda

ESTADO CIVIL E IDADE

solteiro, 37 anos

NATURALIDADE

São Francisco/MG

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2.049.254

ELEITOR
NÃO

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Marciano Ferreira dos Santos e Ana Barbosa dos Santos, residente e domiciliado Quadra Central, Conjunto B, Bloco C, Apartamento 112, Sobradinho, Brasília - DF

DATA E HORA DE FALECIMENTO

QUATRO DE JUNHO DE DOIS MIL E DEZENOVE, às 18:35 h

Dia

04

Mês

06

Ano

2019

LOCAL DE FALECIMENTO

na via pública BR 020, KM-14, Zona Rural, Formosa - GO

CAUSA DA MORTE

Traumatismo Intracraniano; Fratura de Crânio; Ação Instrumento Contundente; Evento de Trânsito; Traumatismo de Órgãos Intratorácico; Fratura de Ombro

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO (município e cemitério, se conhecido)

Cemitério de São Francisco/MG

DECLARANTE

Adilson Ferreira de Oliveira

NOME E NÚMERO DO DOCUMENTO DO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO

Maurício Gomes Santos, CRM 9547/GO

AVERBAÇÕES / ANOTAÇÕES À ACRESCE

Não deixou bens à inventariar. Não deixou testamento conhecido. Não era eleitor. Apresentou o RG nº 2.049.254 SSP/DF, expedido em 22/03/1998, no qual constam os dados do nascimento lavrado no Cartório de São Francisco/MG no livro A-61 às fls. 55 sob o nº 16046. Não deixou filhos a saber. Nada mais foi declarado.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NUMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	2.049.254	22/03/1998	SSP/DF	

CEP Residencial

Não informado

Grupo Sanguíneo

Não informado

As anotações de cadastro acima não dispensam a apresentação do documento original, quando exigida pelo órgão solicitante.

2º Ofício de Notas, Registro Civil, Títulos e Documentos, Protesto de Títulos e Pessoas Jurídicas do Distrito Federal
Cartório de Sobradinho

Oficial Registrador: Geraldo Felipe de Souto Silva

Município: Sobradinho/DF

Email: contato@cartoriosobradinho.com.br

Cep: 73010-720 Fone: (61) 3298-3300

End.: QUADRA CENTRAL - BLOCO 07 - LOJA 05 - ED. SYLVIA

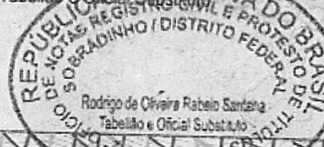
Para consultar acesse: www.tjdft.jus.br Selo: TJDF20190180104019SYWU

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.

Sobradinho / DF, 07 de junho de 2019

Rodrigo de Oliveira Rabelo Santana

Tabellão e Oficial Substituto



ARPENBRASIL
BA 005631362 RRP





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

HIGOR PEREIRA SANTOS

MATRÍCULA

021048 01 55 2017 1 00734 209 0279309 14

DATA DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

OITO DE ABRIL DE DOIS MIL E DEZESSETE

DIA

08

MÊS

04

ANO

2017

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

06:20

Brasília - DF

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO LOCAL DE NASCIMENTO

Brasília / DF

Hospital

SEXO

masculino

FILIAÇÃO

JOSE VANILSON BARBOSA DOS SANTOS e PATRICIA SIMONE PEREIRA DA SILVA.

AVÓS

PATERNOS: **MARCIANO FERREIRA DOS SANTOS e ANA BARBOSA DOS SANTOS**

MATERNOS: **FRANCISCO PEREIRA DA SILVA e MARIA ALVES DE SOUSA**

GÊMEO(S) NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO DE NASCIMENTO (POR EXTENSO)

TREZE DE ABRIL DE DOIS MIL E DEZESSETE

NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30-72572542-9

OBSERVAÇÕES/AVERBAÇÕES

Observações: O(a) registrando(a), neste ato, foi inscrito(a) no CPF, sob nº 084.007.011-00

Nome do Ofício:

3º Ofício de Notas, Registro Civil e Protesto de Títulos

Oficial Registrador: **Elizio Martins da Costa**

Município: **Brasília / DF**

End.: **QSA 24, Lote 01, Taguatinga**

Cep: **72015-240**

Fone: **(61) 3044-9350**

email: **cart3tag@terra.com.br**

Selo nº **TJDFT20170190209604ELVS**

Para consultar o selo, acesse: **www.tjdf.jus.br**

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.
Brasília / DF, 13 de abril de 2017

Oficial



ATP/PT/NT/AS/II/BA 001537279 BRP



VÁLIDA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.922.572 DATA DE EXPEDIÇÃO 25/09/18

NOME **HIGOR PEREIRA SANTOS**

FILIAÇÃO **PATRICIA SIMONE PEREIRA DA SILVA
JOSE VANILSON BARBOSA DOS SANTOS**

NATURALIDADE **BRASILIA-DF** DATA DE NASCIMENTO **08/04/2017**

DOC. ORIGEM **MATRICULA: CERT.NASC.**
02104801552017100734209027930914

CPF **EXP BRASILIA-DF 13/04/17**
084.007.011-00

ASSINATURA DO DIRETOR *Francisco das Chagas Pinheiro Marfisi*

LEI N° 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO N° 89.250/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

Criança

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
084.007.011-00

Nome
HIGOR PEREIRA SANTOS

Nascimento
08/04/2017

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

dígito verificador: 00

às 12:50:25 do dia 13/04/2017 (hora e data de Brasília)

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil

CÓDIGO DE CONTROLE
7139.082B.56D7.5379



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.403.672 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/09

NOME PATRICIA SIMONE PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO MARIA ALVES DE SOUSA FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

NATURALIDADE TERESINA-PI DATA DE NASCIMENTO 07/09/1990

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 5238 L 18AE F 138 EXP TERESINA-PI 08/01/09

TERESINA - PI

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83

INTERPRINT LTDA.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "JOÃO DE DEUS MARTINS"

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

INTERPRINT LTDA.

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

059.101.583-84

Nome

PATRICIA SIMONE PEREIRA DA SILVA

Nascimento

07/09/1990

REAL SERICARD

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

JUN/2010

CORREIOS





COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Ins. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Para contato
conosco, informe
esse NÚMERO!!

SEU CÓDIGO

1053911-5

Nº da Nota Fiscal 028687917

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2019	22-10-2019	180	180,07

FRANCISCO PEREIRA DA SILVA
LC TABOCA DO PAU FERRADO S/N POV SAO MATEUS
CPF: 00002424518378
CPF: 64.000-000 - TERESINA

DADOS DA LEITURA	ROT: 11.001.44.93.017900
Atual: 16058	DATAS DA LEITURA
Anterior: 15878	Atual: 15/10/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Anterior: 14-09-2019
Consumo Medido: 180	Próxima Leitura: 14-11-2019
Consumo Faturado: 180	Emissão: 14-10-2019
Forma de Faturamento: NORMAL	Apresentação: 15-10-2019
Código de Irregularidade:	Dias de Consumo: 31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A954820		1.1.1.1	198

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
SET/19 206	CONSUMO 180 A R\$ 0,895365 = 161,16
AGO/19 185	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 13,89
JUL/19 167	CORRECAO MONETARIA DA 09/19-00 0,01
JUN/19 181	CORRECAO MONETARIA IG 09/19-00 0,18
MAI/19 215	MULTA POR ATRASO DE I 09/19-00 0,32
ABR/19 179	JUROS DE MORA ATRASO 09/19-00 0,03
MAR/19 199	MULTA POR ATRASO 09/19-00 4,02
FEV/19 207	JUROS POR ATRASO 09/19-00 0,46
JAN/19 250	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 1,29
DEZ/18 176	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 3,70

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 180 - 0,643213

NOTIFICAÇÃO DE REAVISO DE VENCIMENTO / MENSAGEM

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25
Parabéns! Até o dia 14-10-2019, não constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO 8231.BCA3.453C.6656.4A60.52B6.5E76.5FE5
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 33,88	Base de Cálculo: 161,16
Energia: 65,44	Alíquota ICMS: 22,00%
Transmissão: 11,06	Valor do ICMS: 35,45
Encargos: 5,41	Valor do PIS: 1,77
Tributos: 45,37	Valor do COFINS: 8,15

INDICADORES DE CONTINUIDADE									
Limite	DIC			FIC			DMIC		DICRI
	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal	Mensal
Realizado	5,31	10,63	21,25	3,24	6,48	12,95	3,03		
Conjunto	0,00			0,00			0,00		
TERESINA-MARQUES									
Período de expiração: 08/2019							EUSD: 65,50		

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº. 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: www.mte.gov.br



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP 149.08276.27-3

NÚMERO 6714733

0030

PI

Patricia Simone P. da Silva

ASSINATURA DO TITULAR



03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

PATRICIA SIMONE PEREIRA DA SILVA

FILIAÇÃO..... FRANCISCO PEREIRA DA SILVA

NASCIMENTO..... 07/09/1990

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE..... TERESINA - PI

DOCUMENTO..... R.G. 3403672 SSP PI 28/12/2009

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 059.101.583-84

TIT. ELEITOR.....

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PI - 24/03/2011

ZONA:

Patricia Simone Pereira da Silva

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....

DATA DE NASC. DE..... PARA.....
DOCUMENTO.....

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME.....

DOCUMENTO.....

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME.....

DOCUMENTO.....

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME.....

DOCUMENTO.....

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03



Assinado eletronicamente por: VALTEMBERG DE BRITO FIRMEZA - 05/06/2020 15:14:13

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060515132945700000009615483>

Número do documento: 20060515132945700000009615483

Num. 10119756 - Pág. 1

CONTRATO DE TRABALHO

Empresador: LOJAS RIACHUELO S/A
 C.N.P.J.: 33.200.056/0352-07
 Endereço: SDN CONJ A LOJA 137 1 SUBSOLO,
 137, ASA NORTE
 Município: BRASÍLIA Estado: DF
 Esp. Estab.: COM VAR. ART. VEST. ACESS.
 Empregado: PATRICIA SIMONE PEREIRA DA SILVA
 Cargo: AUXILIAR DE ATENDIMENTO
 CBO: 413230
 Admissão: 03/06/2014
 Registro: 1463
 Remuneração Espec: R\$ 795,00 (SETECENTOS E
 OITENTA E CINCO REAIS) MENSAIS

Edson dos Santos
 LOJAS RIACHUELO S/A

ASS. DO EMPREGADOR OU A RÓGO C/TESTEMUNHA

1ª DATA DE SAÍDA: 16 DE Outubro DE 2014

2ª DATA DE SAÍDA: 16 DE Outubro DE 2014

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CGC/CPF/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO.....UF.....
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO.....
 CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO.....DE.....DE.....
 REGISTRO Nº.....FLS. / FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

ASS. DO EMPREGADOR OU A RÓGO C/TESTEMUNHA

1ª DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....

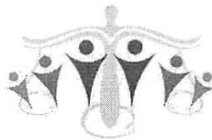
2ª DATA DE SAÍDA.....DE.....DE.....

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA:

09





DEFENSORIA PÚBLICA
DO ESTADO DO PIAUÍ

DECLARAÇÃO

1. INFORMAÇÕES PESSOAIS

Nome: Patrícia Simone Pereira Da Silva

Estado Civil: Solteiro(a)

Nacionalidade: Brasileiro(a)

RG: 3403672/SSP/PI

CPF: 05910158384

Cidade: Teresina - PI

Cep: 64000000

Endereço: Povoado São Mateus, nº S/N, Próximo Ao Bar Do Jamaica, Localidade Taboca Do Pau Ferrado

Bairro: Localidade Taboca Do Pau Ferrado

Fone: (86) 995540112

2. INFORMAÇÕES SOCIOECONÔMICAS

a) Renda mensal familiar bruta: R\$ 2126.00 Juntou comprovante? () Sim (X) Não

b) Paga imposto de renda: Não

c) Paga contribuição previdenciária oficial? () Sim (X) Não

d) Paga pensão alimentícia? (X) Sim () Não

e) Recebe rendimentos concedidos por Programas Oficiais de Transferência de Renda do Governo Federal? (X) Sim () Não

f) Recebe benefício assistencial do INSS? () Sim (X) Não

g) Quantas pessoas residem com o(a) assistido(a)? 5.4

h) Quantas pessoas possuem fonte de renda? 5.2

BOLSA FAMILIA
R\$ 130,00

3. INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

a) Possui casa própria? (X) Sim () Não

b) Paga aluguel? () Sim (X) Não

c) Paga financiamento de imóvel? () Sim (X) Não

d) Possui automóvel? () Sim (X) Não Paga financiamento? () Sim (X) Não

e) Paga plano de saúde? () Sim (X) Não

f) Paga mensalidade escolar/de universidade? () Sim (X) Não

g) Paga água? (X) Sim () Não R\$ 20,00

h) Paga energia elétrica? (X) Sim () Não Valor: 150,00

i) Outras despesas: PLANO DE SAÚDE DO FILHO DA PREVIDENCIÁRIA: R\$ 130,00

Descrição de Membros

{ }

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA ECONÔMICA

Declaro, para os devidos fins, que as informações supracitadas são verídicas e que sou pessoa pobre na forma da lei, não podendo, portanto, arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do próprio sustento e de minha entidade familiar, nos termos do que dispõe o art. 5º, LXXIV, da Constituição Federal c.c os arts. 1º e 4º da Lei 1.060/50 e art 1º da Lei 7.115/83, razão pela qual solicito o DEFERIMENTO DOS BENEFÍCIOS DA ASSISTÊNCIA JURÍDICA GRATUITA junto a Defensoria Pública do Estado do Piauí.

Declaro que fui expressamente advertido pelo Membro da Defensoria Pública do Estado do Piauí de que a prestação de informações falsas perante o funcionário público poderá tipificar crime de falsidade ideológica, previsto no art. 299 do Código Penal Brasileiro, cuja pena é de reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, sem prejuízo da condenação ao pagamento do décuplo das custas não recolhidas, conforme reza o art. 4º, § 1º da Lei n. 1.060/50, bem como ao recolhimento do honorários advocatícios, a serem arbitrados pelo Poder judiciário e revertidos para o Fundo de Modernização e Aparelhamento da Defensoria Pública do Estado do Piauí - FMADPEP.

Teresina/PI, 22 de Novembro de 2019.

Patrícia Simone Pereira da Silva
DECLARANTE



Assinado eletronicamente por: VALTEMBERG DE BRITO FIRMEZA - 05/06/2020 15:14:13

http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006051513296600000009615735

Número do documento: 2006051513296600000009615735