

24 JAN, 2019

DETTRAN - CE		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS		Nº 0123456789	
PPT	VIA	COD. HINAYAM	BNTRIC	EXERCICIO	2016
01	00559848951	0000000000			
FONMULO ARTUR ALVES FILHO					
NAME					
/CE					
FDRTALEZA					
05327269361					
PLACA					
CPF/CNPJ					
9C3DG4110DR123043					
PLACA ANT/UVE					
ESPECIE TIPO					
PAS/MOTOCICLETO/NAO APLIC.					
COMBUSTIVEL					
HONDÁ/GD 125 FAN KS					
ANO FAB ANO MOD					
2P/QGV/124CC					
CATEGORIA					
COR PREDOMINANTE					
PRETÀ					
PARTIC					
COTA UNICA					
VENC/COTAS					
FAIXA 1 PVA					
PARCELAMENTO / COTAS					
3.000,00					
IPVA					
PREMIO TARIFFARIO (R\$)      IOF (R\$)      PREMIO TOTAL (R\$)					
DATA DE PAGAMENTO					
OBSERVACOES					
2019-06-06					
FDRTALEZA					
LOCAL					
Ligeiro Pente					
13/06/2016					

*Dr. Fco. J. S. de Vasconcelos*  
ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

Jen Albert Schwarz Pess

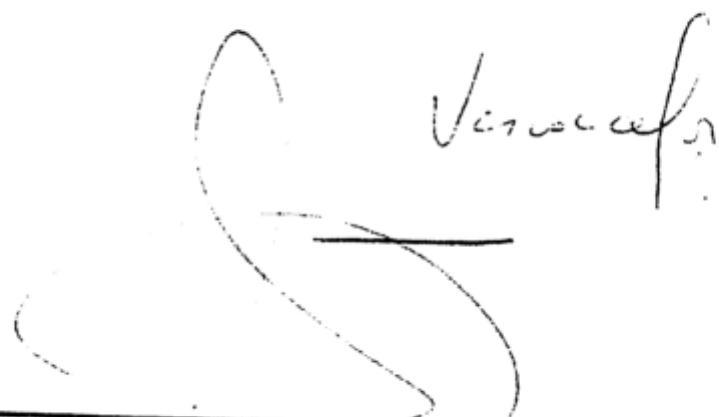
3<sup>a</sup> feira -

8:00

IJ F - Centro

Trunnels fix

Fazendo Bt





# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ



Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social  
Perícia Forense Do Estado Do Ceará  
Coordenadoria de Medicina Legal

## LIBERAÇÃO DE CORPO

REGISTRO Nº 4497

Declaro para os devidos fins, que foi necropsiado no Núcleo de Tanatologia Forense da Coordenadoria de Medicina Legal, o corpo de

Fáncos Antônio Souza da Silva

Grau cadavérico de Nº 107-380818 no dia 04/10/18, tendo sido o mesmo liberado para sepultamento com a Declaração de Óbito para ser entregue em data posterior. A presente liberação foi entregue a (o) William de Oliveira Furtado,

sendo o corpo transportado para CLÍNICA DE TANATOLOGIA por transportador \_\_\_\_\_ e em seguida para inumação e velório pela funerária SBO.

Fortaleza, 04 de Outubro de 2018.

24 JAN. 2019

Thurimin

SETOR DE ACOLHIMENTO FAMILIAR  
NUTAF/COMEL/PEFOCE

Atenção: No intuito de evitar atrasos na liberação, solicitamos que APÓS o RECEBIMENTO deste DOCUMENTO, a funerária DIRIU-SE IMEDIATAMENTE AO PORTÃO DE LIBERACÃO A DEMORA no RECOLHIMENTO por parte da funerária ACARRETERÁ na necessidade de NOVA SENHA para atendimento.



## NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO / MORTE ENCEFÁLICA

Solicito á SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA a emissão de Guia de Exame Cadavérico ao Instituto Médico Legal da pessoa abaixo qualificada, cujo cadáver se encontra neste hospital.

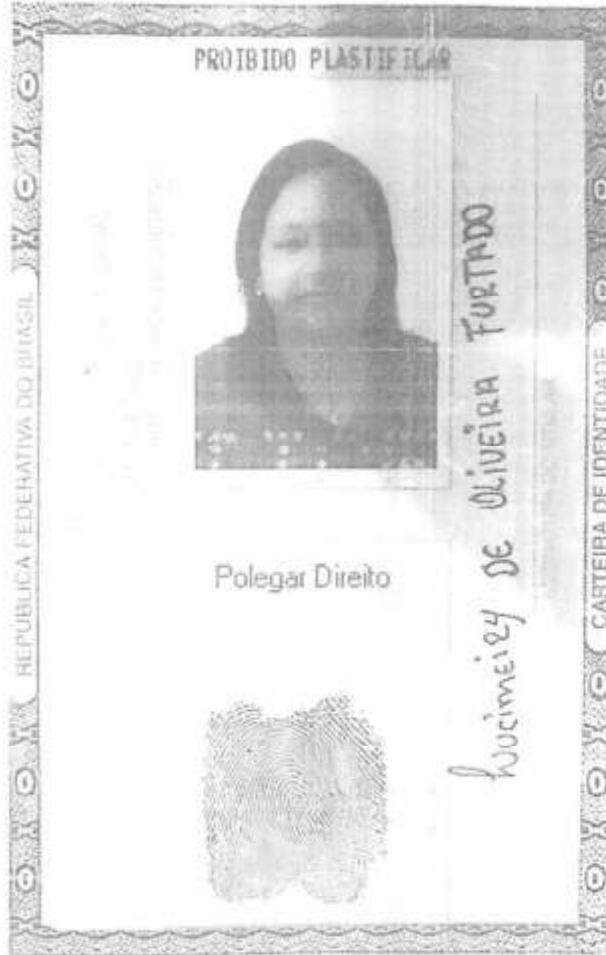
Nome:	Marcos Antônio Souza da Silva	Data Nascimento:	04/04/1972	Nº Prontuário:	5582796
Identidade:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Outros	Naturalidade:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Nome do Pai:	Geraldo Rodrigues Souza	Nome da Mãe:	Maria Rita de Cássia S. da Silva		
Endereço:	Pe. Alzir Sampaio, 266	Bairro:	Presidente Kennedy / Fortaleza	Cidade:	CE
Profissão:	Local e Hora da ocorrência que determinou o internamento				
Local da Morte:	IJF - Centro	Data da Morte:	03/10/2018	Hora da Morte:	22:56 min
Informações Sobre o Óbito ou Motivo do Internamento: TCE grave, vítima de acidente de moto. Frx. exposta de fêmur.					
Ass./Carimbo Enf. Plantão	Ass./Carimbo Encarregado IJF	Data:	03/10/2018	Hora:	13:20 h

1ª via: Prontuário 2ª via: SAME 3ª via: IML 4ª via: Necroléio

24 JAN. 2019



Scanned by CamScanner





## Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

Escritura declaratória que fazem MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA e, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, na forma abaixo:

Sabiam quantos este público instrumento virem que, aos 27 (vinte e sete) dias do mês de agosto do ano de 2014 (dois mil e quatorze) nesta Cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, neste Tabelionato, sito na Rua Cassimiro Montenegro, nº 50, Monte Castelo, compareceram, MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, brasileiro, divorciado, comerciante, identidade nº 90001017735-SSP-CE, CPF nº 456.263.593-20, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, brasileira, solteira, do lar, identidade nº 98010078623-SSPDS-CE, CPF nº 630.383.663-15, ambos residentes e domiciliados na Rua Padre Alzir Sampaio, nº 204, Presidente Kennedy, Fortaleza, Ceará; E pelos Outorgantes declarantes e reciprocamente outorgados, me foi dito, falando cada um por sua vez, nos termos do Título III, do livro IV do Código Civil de 2002 e do Art. 226, parágrafo 3º da Constituição Federal de 1988, sem prejuízo de possível aplicação subsidiária da Lei 9.278/96, que convivem sob o mesmo teto desde 05/05/2000, que dessa união tiveram 01 filha: *Marliane Furtado da Silva, nascida em 05/05/2012*, e resolveram manter união estável *more uxório*, mediante as seguintes cláusulas: I - declararam os outorgantes sua convivência duradoura, pública e contínua, com o objetivo de constituírem família, por este motivo enquadram-se plenamente na definição dada pelo art. 1.723 do CCB/02, reconhecendo-se esta união como entidade familiar e a condição de companheiros aos declarantes; II - Outrossim, asseveram não estarem incursos nos impedimentos do Art. 1.521 do CCB/02, pelo que a presente união se faz livre de quaisquer vícios que porventura a maculariam; III - Por conseguinte, devem reciprocamente, lealdade, respeito e assistência, moral e material, bem como guarda, sustento e educação dos filhos que possam nascer da presente união; IV - A colaboração nos encargos familiares, exercido em cumprimento ao dever de assistência retro de mencionado, gera a dependência econômica do companheiro que porventura não puder contribuir; não restando dúvidas em qualquer caso quanto a sua inclusão em planos de saúde, previdência social, ou quaisquer outros em que possa ser incluído na qualidade de companheiro; V - Quanto às relações patrimoniais, nada de especial dispõem os companheiros, razão pela qual prevalecerá, no que couber, **comunhão parcial de bens**. Em suma, os bens, adquiridos a título oneroso, na constância da união estável pertencem a ambos; VI - Destarte, não somente os bens possuídos por cada companheiro antes da união, mas também os havidos posteriormente a sua instituição a título gratuito (doação),

herança), bem como os sub-rogados em seu lugar restarão incomunicáveis (CC. Art. 1.659, I e II);

VII - Já no tocante às obrigações, haverá incomunicabilidade apenas quanto as anteriores a união, as provenientes de atos ilícitos e instrumentos da profissão, os proventos do trabalho pessoal de cada companheiro, assim como as pensões, montepios, meios-saldos e rendas semelhantes, também seguirão a incomunicabilidade (CC. Art.1.659; V, VI e VII) - Por fim, a administração do patrimônio comum compete a ambos os companheiros (Art. 1663); - As testemunhas instrumentárias foram dispensadas de conformidade com o Art. 215, Parágrafo 5º do código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002). Para a lavratura desta escritura foram cumpridas as exigências legais e fiscais inerentes à legitimidade do ato, conforme art. 215, § 1º, inciso V, do Código Civil Brasileiro e artigo 1º da Lei 11.441/07. E como assim disseram e outorgaram, me pediram e eu lhes lavrei esta escritura, que lida às partes e por acharem-na em tudo conforme, a aceitaram e assinam.

(ass) Fernanda Almeida de Moura, Fernanda Almeida de Moura, Escrevente Autorizada. Assinaturas **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO; Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus**. Fortaleza 27 de agosto de 2014. Trasladada hoje. Eu, Fernanda Almeida de MouraEscrevente Autorizada, subscrevo e assino em público e raso de que uso. Válido Somente Com Selo de Autenticidade.

Em testemunho

Fernanda Almeida de Moura

Fernanda Almeida de Moura

Escrevente Autorizada



24 JAN, 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romulo Artur Alves Filho,

RG nº 2002009026414 data de expedição 12/09/2002

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 053272693-61, com domicílio na cidade de Baucau, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) nº 1130,

complemento ap 102,

declaro sob os perigos da lei que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Marcos Antônio Souza da Silva, cujo dia condutor era Marcos Antônio Souza da Silva.

Veículo meto

Modelo Honda / CG 125 PAN KS

Ano 2013

Placa DSL 6254

Chassi 9C2JCH110DR123043

Data do Acidente 29/09/2018

Local e Data Fortaleza - CE 24/01/2019

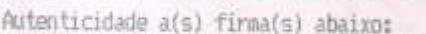
Romulo Artur Alves Filho

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor [caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro]



10º Tabelionato de Notas de Fortaleza  
R. Casimiro Monteiro, 70 - Monte Castelo - Fortaleza / CE • CEP 60.325-720  
Fone: (85) 32.23-9565 | Site: www.cartorioomoreiradeus.net.br  
Tabelia: Maria de Fátima Oliveira Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:  
**ROMULO ARTUR ALVES FILHO**   
Dou fé.  
Fortaleza, 24/01/2019  
Valido somente com o selo de autenticidade.  
Em testemunho da verdade,  
Andreza Cavalcante de Faria - Esc. Autorizada



CE Nº 012674978564		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><a href="http://www.dpvatsegurodetransito.com.br">www.dpvatsegurodetransito.com.br</a></p> <p>SAC DPVAT 2800 022 1204</p>			
		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2016	3/06/2016
VIA 01	CPF / CNPJ 05327269361	PLACA 08L5254	
TELEFONE 00337015702	MARCA / MODELO FIAT DUCATO		
ANO FAB. 2013	DATA MRE 09	Nº CHASSI 9C2JCA110DR123043	
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>			
PRE (R\$) 129,04	DESENTRAL (R\$) 14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15	IOP (R\$) 1,11	TOTAL A PAGAR PELO SEGURO (R\$) 292,01	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	10/06/2016	
<b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>			
CNPJ 05.945.608/0001-04			

## DECLARAÇÃO DE EXCLUSÃO DO PLEITO

**LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**, inscrita no CPF sob o nº 630.383.663-15, portadora da cédula de identidade RG nº 98010078623 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua Consunel Melo, nº 1130, Apto. 102, Potira, CEP: 61.650-370, Caucaia – CE, solicito a exclusão do pleito indenizatório do seguro DPVAT (sinistro nº 3190062998), por não ter como comprovar a União Estável com a vítima **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**. Essa decisão é definitiva e irrevogável e por ser expressão da verdade apresento o pedido de exclusão.

Fortaleza, 20 de novembro de 2019



Liliane de Oliveira Furtado

**LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**



## DECLARAÇÃO DE EXCLUSÃO DO PLEITO

**LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**, inscrita no CPF sob o nº 630.383.663-15, portadora da cédula de identidade RG nº 98010078623 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua Consunel Melo, nº 1130, Apto. 102, Potira, CEP: 61.650-370, Caucaia – CE, solicito a exclusão do pleito indenizatório do seguro DPVAT (sinistro nº 3190062998), por não ter como comprovar a União Estável com a vítima **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**. Essa decisão é definitiva e irrevogável e por ser expressão da verdade apresento o pedido de exclusão.

Fortaleza, 20 de novembro de 2019



*Liliane de Oliveira Furtado*

**LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**

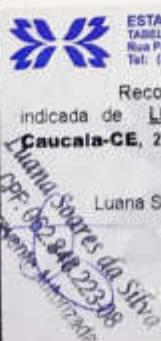
ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO XIMENES - 3º TABELIONATO  
TABELIÃ: ANA KARINA LIMA LINHARES LOUÇA - CNPJ: 01.730.807/0001-42  
Rua Pedro Grimes da Rocha, 732 - Centro - CEP: 61.660-120 - Caucaia / CE  
Tel: (85) 3221.7501 E-mail: cartorio@cartorioximenes.com.br

Valido somente com o selo de autenticidade

Reconheço por AUTENTICIDADE à assinatura  
indicada de LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO Dou Fé  
**Caucaia-CE**, 21 de novembro de 2019.  
Em Test<sup>o</sup> da Verdade.

Luana Soares da Silva - Escrevente Autorizada

Confira os dados do ato em:  
selodigital.tce.ce.br/portal



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - NIF do sinistro ou ASL:  
3200064830

3 - CPF da vítima:  
456.263.593-20

4 - Nome completo da vítima:  
MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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

5 - Nome completo: <b>PHALOMA BRANDÃO SOUZA</b>		6 - CPF: <b>626.904.813-32</b>	
7 - Profissão: <b>AUTONOMA</b>	8 - Endereço: <b>RUA FREI ODILON</b>	9 - Número: <b>624</b>	10 - Complemento: <b>AP 01, BL A17, 1</b>
11 - Bairro: <b>PRESIDENTE KENNEDY</b>	12 - Cidade: <b>FORTALEZA</b>	13 - Estado: <b>CE</b>	14 - CEP: <b>60.336-190</b>
15 - E-mail: <b>emmanuela.virginia@globo.com</b>		16 - Tel.(DDD): <b>8530461120</b>	

## 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) **OPAULOMA: 033**  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0031** CONTA: **76070** 7

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <b>03/10/2018</b>				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: <b>FILHA</b>	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
28 - Vítima teve filhos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>3</b> Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (varíasez)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>4</b> Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Inscrição digital da vítima no beneficiário não identificado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **FORTALEZA, 02 DE JULHO DE 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORANTE:

Nome: Ana Jéssica Durante da Silva  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada  
Profissão: Assistente Comercial  
Identidade: 06615401622 CPF: 026.674.413-38  
Endereço: Rua J14 casa 623 Sum Baixo Caucáia

### OUTORGADO:

Nome: Romaria do Nascimento Guana  
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada  
Profissão: Monoma  
Identidade: 06937373362 CPF: 011.747.743-55  
Endereço: Rua Poliquara, J203 Petrópolis Caucáia

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURO LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de Indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar documentos administrativos e judiciais, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandado, afim de requerer a Indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Marcos Antônio Souza da Silva.

Caucáia - CE 17/01/2019

Local e data

- Ana Jéssica Durante da Silva

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

### REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. Dom Almeida Lustosa, 1020, Parque Albano - Caucáia - Ceará - CEP 61.400-000 - CNPJ 11.0000.0001-0004-04

Certidão Jurada - Tel. 085-3237-1870  
Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconhecido por AUTENTICIDADE I Firma de  
ANA JESSICA DURANTE DA SILVA\*\*\*\*\*  
Do seu da Juventude Caucáia-CE 17 de Janeiro de 2019  
Selo(s): 146411-CM\*\*\*\*\*  
Pargus Albano Caucáia

Ivanilda Rocha Franco Barros - Escrivãe (085) 8770-1318  
Carimbo: 698030 Total: R\$ 4,48 Pedido: 90  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

DEFERIA E EXPOR  
Nº CM 146411 MYFR

24 JAN. 2019

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

MARCOS ANTONIO SOUZA  
DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Declaração de únicos herdeiros

### MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros

### LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Prova de companheirismo

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/03/2019  
Nome: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA  
CPF: 011.747.743-55

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

Número do Sinistro: 3190062998

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

### PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

### LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Comprovante de residência

Declaração de únicos herdeiros

Documentos de identificação

Prova de companheirismo

## ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019  
Nome: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA  
CPF: 011.747.743-55

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028824/19

**Vítima:** MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

**CPF:** 456.263.593-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2018

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### ROMARA DO NASCIMENTO VIANA : 011.747.743-55

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Certidão de nascimento  
Documentos de identificação

### LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/01/2019  
Nome: ROMARA DO NASCIMENTO VIANA  
CPF: 011.747.743-55

---

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

---

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA



CARTÓRIO MELO JUNIOR  
CARTÓRIO DE NOTAS PÚBLICAS  
Av. Ofício de Notas, 660  
Bairro: Farolzinho  
Fone: 3222-2112

A presente cópia fotostática confere com o original exhibido nestas, Notas Públicas. O referido é verdade. Dou fé.  
Fortaleza.

15 OUT 2018



## Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Titular: Dra. Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

24 JAN. 2019

Escríptura declaratória que fazem MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA e, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, na forma abaixo:

Sabiam quantos este público instrumento virem que, aos 27 (vinte e sete) dias do mês de agosto do ano de 2014 (dois mil e quatorze) nesta Cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, neste Tabelionato, sito na Rua Cassimiro Montenegro, nº 50, Monte Castelo, compareceram, MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, brasileiro, divorciado, comerciante, identidade nº 90001017735-SSP-CE, CPF nº 456.263.593-20, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, brasileira, solteira, do lar, identidade nº 98010078623-SSPDS-CE, CPF nº 630.383.663-15, ambos residentes e domiciliados na Rua Padre Alzir Sampaio, nº 204, Presidente Kennedy, Fortaleza, Ceará; E pelos Outorgantes declarantes e reciprocamente outorgados, me foi dito, falando cada um por sua vez, nos termos do Título III, do livro IV do Código Civil de 2002 e do Art. 226, parágrafo 3º da Constituição Federal de 1988, sem prejuízo de possível aplicação subsidiária da Lei 9.278/96, que convivem sob o mesmo teto desde 05/05/2000, que dessa união tiveram 01 filha: *Marliane Furtado da Silva, nascida em 05/05/2012*, e resolveram manter união estável *more uxório*, mediante as seguintes cláusulas: I - declararam os outorgantes sua convivência duradoura, pública e contínua, com o objetivo de constituírem família, por este motivo enquadram-se plenamente na definição dada pelo art. 1.723 do CCB/02, reconhecendo-se esta união como entidade familiar e a condição de companheiros aos declarantes; II - Outrossim, asseveram não estarem incursos nos impedimentos do Art. 1.521 do CCB/02, pelo que a presente união se faz livre de quaisquer vícios que porventura a maculariam; III - Por conseguinte, devem reciprocamente, lealdade, respeito e assistência, moral e material, bem como guarda, sustento e educação dos filhos que possam nascer da presente união; IV - A colaboração nos encargos familiares, exercido em cumprimento ao dever de assistência retro de mencionado, gera a dependência econômica do companheiro que porventura não puder contribuir; não restando dúvidas em qualquer caso quanto a sua inclusão em planos de saúde, previdência social, ou quaisquer outros em que possa ser incluído na qualidade de companheiro; V - Quanto às relações patrimoniais, nada de especial dispõem os companheiros, razão pela qual prevalecerá, no que couber, **comunhão parcial de bens**. Em suma, os bens, adquiridos a título oneroso, na constância da união estável pertencem a ambos; VI - Destarte, não somente os bens possuídos por cada companheiro antes da união, mas também os havidos posteriormente a sua instituição a título gratuito (doação),

herança), bem como os sub-rogados em seu lugar restarão incomunicáveis (CC. Art. 1.659, I e II);

VII - Já no tocante às obrigações, haverá incomunicabilidade apenas quanto as anteriores a união, as provenientes de atos ilícitos e instrumentos da profissão, os proventos do trabalho pessoal de cada companheiro, assim como as pensões, montepios, meios-saldos e rendas semelhantes, também seguirão a incomunicabilidade (CC. Art. 1.659; V, VI e VII) - Por fim, a administração do patrimônio comum compete a ambos os companheiros (Art. 1663); - As testemunhas instrumentárias foram dispensadas de conformidade com o Art. 215, Parágrafo 5º do código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002). Para a lavratura desta escritura foram cumpridas as exigências legais e fiscais inerentes à legitimidade do ato, conforme art. 215, § 1º, inciso V, do Código Civil Brasileiro e artigo 1º da Lei 11.441/07. E como assim disseram e outorgaram, me pediram e eu lhes lavrei esta escritura, que lida às partes e por acharem-na em tudo conforme, a aceitaram e assinam.

(ass) Fernanda Almeida de Moura, Fernanda Almeida de Moura, Escrevente Autorizada. Assinaturas **MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO; Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus**. Fortaleza 27 de agosto de 2014. Trasladada hoje. Eu, Fernanda Almeida de Moura Escrevente Autorizada, subscrevo e assino em público e raso de que uso. Válido Somente Com Selo de Autenticidade.

Em testemunho

Fernanda Almeida de Moura

da verdade

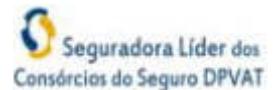
**Fernanda Almeida de Moura**

**Escrevente Autorizada**



24 JAN, 2019

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Outros

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 12/06/2020  
Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO  
CPF: 630.383.663-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Certidão de casamento

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Documentos de identificação

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/05/2020  
Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO  
CPF: 630.383.663-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

\_\_\_\_\_  
LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

\_\_\_\_\_  
LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

**Vítima:** MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

**CPF:** 456.263.593-20

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/09/2018

**Titular do CPF:** MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de óbito  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Necrópsia  
Outros

### LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO : 630.383.663-15

Autorização de pagamento  
Documentos de identificação

### MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Certidão de nascimento  
Declaração de únicos herdeiros  
Documentos de identificação

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 07/02/2020  
Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO  
CPF: 630.383.663-15

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/02/2020  
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 001.023.383-02

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

MARCOS ANTONIO SOUZA  
DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### MARLIANE FURTADO DA SILVA :

Declaração de únicos herdeiros

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/03/2020  
Nome: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO  
CPF: 630.383.663-15

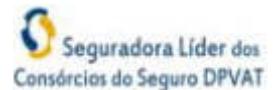
### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

MARCOS ANTONIO SOUZA  
DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32**

Autorização de pagamento

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/07/2020  
Nome: PHALOMA BRANDAO SOUZA  
CPF: 626.904.813-32

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/07/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

---

PHALOMA BRANDAO SOUZA

---

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0052813/20

Número do Sinistro: 3200064830

Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF: 456.263.593-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### ANA JESSICA DUARTE DA SILVA : 026.674.413-38

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

### PHALOMA BRANDAO SOUZA : 626.904.813-32

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

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/06/2020  
Nome: ANA JESSICA DUARTE DA SILVA  
CPF: 026.674.413-38

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/06/2020  
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS  
CPF: 061.393.643-45

\_\_\_\_\_  
ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

\_\_\_\_\_  
LARISSA CRISOSTOMO BARROS



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para a cobertura de Morte, o valor da indenização é de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e será pago aos legítimos beneficiários da vítima definidos em lei.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**

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

<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) do representante legal do requerente do Seguro DPVAT ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
<b>Certidão de casamento</b>	Apresentar a cópia simples da certidão de casamento da vítima atualizada com informação de separação judicial ou divórcio.

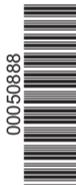
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 17 de Março de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**

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

<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) do representante legal do requerente do Seguro DPVAT ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
<b>Certidão de casamento</b>	Apresentar a cópia simples da certidão de casamento da vítima atualizada com informação de separação judicial ou divórcio.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARLIANE FURTADO DA SILVA**

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

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência do representante legal do requerente do Seguro DPVAT, pois não foi entregue.
----------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARLIANE FURTADO DA SILVA**

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

<b>Certidão de casamento</b>	Apresentar a cópia simples da certidão de casamento da vítima emitida após o óbito, pois não foi entregue.
------------------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**

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

**Recebedor: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**

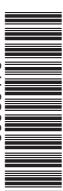
**Valor: R\$ 4.500,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000008789**

**Conta: 0000057626-4**

**Tipo: CONTA CORRENTE**



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANA JESSICA DUARTE DA SILVA**

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

**Recebedor: ANA JESSICA DUARTE DA SILVA**

**Valor: R\$ 4.500,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000926**

**Conta: 0000031887-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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

---

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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

---

Rio de Janeiro, 19 de Agosto de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200064830**

**Vítima: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

**Data do Acidente: 29/09/2018**

**Cobertura: MORTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), PHALOMA BRANDAO SOUZA**

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

**Recebedor: PHALOMA BRANDAO SOUZA**

**Valor: R\$ 4.500,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000031**

**Conta: 000130076070-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



24 JAN. 2019

Swallowed by CamScanner





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima

456.263.593-20 / *Barros Antônio Souza da Silva*

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

Nome completo: *Ana Jéssica Huarte da Silva*CPF: *026.674.413-38*

Endereço:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

Estado:

Número: *623* Complemento: *Casa*CEP: *61600-000*Tel (DDO): *(61) 97188819*E-mail: *mat.nemos@hotmail.com*

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO MENSAL:

- REUSSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
- SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

- Bradesco (231)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (façao no banco):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *0926*CONTA: *31837*

B

(Informar o dígito de verif.)

(Informar o dígito de verif.)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito de verif.)

(Informar o dígito de verif.)

Autorizo a Seguradora Lider o crédito na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu fizer direto, reconhecendo e dando, desde já e sempre após a efetivação do pedido, quaisquer total da valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Pelo motivo acima citado, solicito o preenchimento da declaração de morte judicial do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, constante da, ou seja, ao me submeter à avaliação médica da justiça da Seguradora Lider para validação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 2547/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica da comissão de direito de contestar, caso contrário do meu conhecimento.

## MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado/no Civil  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: *03/10/2018*Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s)  Sim  Não Se avião que caiu, informar o nome completo: *Lidianne Oliveira Furtado*  
*Filha*Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: *03* Façam os  
 Vítima deixou herdeiros (mãe/nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/filhos vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte à(s) 2(s) beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a omissão de receber o valor pretendido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: *Concavo - a 23/01/2019*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A. RG/CC

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): *Ana Jéssica Huarte da Silva**Roseli*

Assinatura do Representante Legal (se houver):

Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHA:

1º) No topo:

CPF: *835.833.953-91*

Assinatura:

2º) No topo:

CPF: *600.067.453-85*

Assinatura:

*Guilherme da Oliveira Furtado**Guilherme de Oliveira Furtado**Jefferson Pinto Bonfim**Jefferson Pinto Bonfim*

Assinatura:

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, em horário capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RG/CC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, concomitante à sua assinatura, deve ser feita no topo do formulário, antes de preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Assinatura:

Assinatura:

24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do simbolo ou A.S.L.

CNPJ da vítima

Nome completo da vítima

456.263.593-20 *Marcos Antônio Souza da Silva*

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/SENFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:  
Phaloma Brandão Souza  
Profissão:  
Autônoma  
Salário:  
R\$ 1.500,00  
E-mail:

Endereço:  
Tr. São Sebastião  
Cidade:  
Fortaleza

CEP:  
626.904.813-32  
Número:  
153  
Complemento:  
CE  
Estado:  
CE  
60.355.520  
CEP DDD:  
(85) 3046-1120

Declaro, para efeitos da Fim de dinheiro, residir no endereço acima informado, com a competência为之 (ANEXAR COPIA).

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO

- RECLAS INFORMADAS:  ATÉ R\$ 1.000,00  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 2.000,00  R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00  
 SEM REVENHO  R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 4.000,00  R\$ 4.001,00 ATÉ R\$ 6.000,00  ACIMA DE R\$ 10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (informar banco abaixo. Anexar uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (banka de banco)

Nome do BANCO: *Brasil*AGÊNCIA:  CONTA: AGÊNCIA: **3469** CONTA: **39580** 3

(Inserir o dígito de verific.)

(Informar o dígito de verific.)

(Inserir o dígito de verific.)

(Inserir o dígito de verific.)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização pecuniária do Seguro DPVAT a que sou titular, referente ao valor de R\$ 10.000,00, desde que o beneficiário informado na presente, exija o total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não apresento laudo de autenticidade da condição inválida legal (IML) para os fins de recuperação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a regras do acidente ou da minha residência;
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência não realiza perícia sobre fins do Seguro DPVAT;
- O IML que atende a regras do acidente ou da minha residência é realizado, periodicamente, com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito à preseguradora Lider que realize a perícia no IML, em meu nome, para a concessão da indenização da invalidez permanente, com base na documentação apresentada, conforme artigo 14, § 1º, da Lei nº 10.260/00, que esta autorização não significa previsão concordante com a futura execução da medida ou remuneração que venha a ser tomada, conforme o seu entendimento.

INVALIDEZ PERMANENTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (ou Civil)  De fato  Separado (ou divorciado)  Viúvo Data da óbito da vítima: **03/10/2018**Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou comparsa(s):  Sim  Não (informar dezenas de parentesco), informar o nome como:*Filho*Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: **03** Muitos  Sim  Não **03** Muitos  Sim  Não **03** Muitos  Sim  Não **03** Muitos

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do seguro DPVAT ao morce que souber beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando deante, ameaça, no que qualquer omisão ou desacordo nesse sentido poderia gerar a obrigação de restar o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 295 do Código Penal.

Local e Data: *Lauro de 23/01/2019*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

*Phaloma Brandão Souza*

Assinatura do beneficiário (se aplicável)

Assinatura na Procuração (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não poderá receber mais de uma indenização, seja devida a um ou mais acidentes, sempre que o resultado seja a morte, e não houver a presença de 2 (duas) testemunhas. Informa-se que, para comprovar a identidade da vítima, é necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência de todos.

TESTIMONIAL  
 1º: Nônia Barros  
 CPF: 600.067.453-85

*Nônia Barros*

Assinatura

2º: Oliveira Furtado  
 CPF: 833.833.953-98  
*Luzimaria de Oliveira Furtado*

Assinatura

*24 JAN. 2019*

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
3190062998	456.263.593-20	Kilianne Oliveira Furtado da Silva		
RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:			
Kilianne Oliveira Furtado da Silva (menor)	086.659.343-83			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:		
Rua Consuelo Mello		1130 qp. 102		
11 - Bairro: Potra II	12 - Cidade: Caucia	13 - Estado: CE	14 - CEP: 61.650-370	15 - Tel(DDD): 85 99434.5400
16 - E-mail:				

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:	biliana de Oliveira Furtado	18 - CPF do Representante Legal:	630.383.603-15	19 - Profissão do Representante Legal:	Thermotécnica de vendas
--	-----------------------------	----------------------------------	----------------	--	-------------------------

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 878

9

CONTA: 57626

4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <u>03/10/2018</u>
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <u>Kilianne Oliveira Furtado</u>		
<u>Filha</u>						
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <u>3</u> Falecidos: <u>0</u>	30 - Vítima deixou nascituro (valentão)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <u>4</u> Falecidos: <u>0</u>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: Kilianne Oliveira Furtado  
CPF: 630.383.603-15  
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caucia, 00/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

**456.263-593-20 Manoel Antônio Souza da Silva**

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

Nome completo:

**Phaloma Brandão Souza**

Profissão:

**Autônoma**

Endereço:

**Tr. São Sebastião**

Bairro:

**Pies. Kennedy**

Cidade:

**Fortaleza**

E-mail:

CPF: **626.904.813-32**

Número: **153**

Complemento:

CEP: **60.355.520**

TEL (DDO): **(85) 3046-3420**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- 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: **Brasil**

AGÊNCIA:

**3469**

CONTA:

**39580**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

**3469**

CONTA:

**39580**

**3**

(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, devo, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 do pedido.

Pelo motivo esclarecido, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse jeito, 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 F. 154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou remédio ao direito de contestá-la, caso discordar do seu resultado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Último deuso com o(a) falecido(a), informar o nome completo: **Bilione Oliveira Furtado**

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: **03** Falecidos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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 descuido não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Local e Data: **Lancava - 23/01/2019**

Nome:

CPF:

Assinatura da vítima/beneficiário (apenas): **Phaloma Brandão Souza**

(\*) Assinatura da quem assina o RG

**Phaloma**

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
1º) Nome: **José Ivan Rito Barros**  
CPF: **600.067.453-85**  
Assinatura

2º) Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dizer o que é de seu conhecimento, excesso de preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTES DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

2456.263.593-20 Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo:

Ana Jéssica Huarte da Silva

CPF:

026.674.413-38

Profissão:

Vendedora Endereço:

Rua 114, 220

Bairro:

2200 metrópole Cidade:

Caucaia

Estado:

Número:

623 Complemento:

E-mail:

marj.norma@hotmail.com

CEP:

66600-000

(093)

18597188819

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0926

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

31887

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 por ante a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input checked="" type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
-------------------------	-----------------------------------	--	--	---	--------------------------------	--------------------------

03/11/2018

Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a):	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Sua vítima (deixou companheiro(a)), informar o nome completo:
----------------------------------	-------------------------------	---	------------------------------	---

Filha

Gladiane Oliveira Furtado

Vítima teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
---------------------	---	------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---	--------------------------------

Vivos: 03	Falecidos:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
-----------	------------	------------------------------	---	---	------------------------------

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: 150px; height: 100px;"></div>	Local e Data:	Caruaru - a 23/01/2019	TESTEMUNHAS
	Nome:		1º   Nome: _____
	CPF:		CPF: _____

(\*) Assinatura de quem assina o RGDO

Ana Jéssica Huarte da Silva

Bosson

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura:	2º   Nome: 4esivon Pinto Bonos
	CPF: 600.067.453-85

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dor de ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3200064830** 3 - CPF da vítima: **456.263.593-20** 4 - Nome completo da vítima:  
**MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: <b>PHALOMA BRANDÃO SOUZA</b>	6 - CPF: <b>626.904.813-32</b>		
7 - Profissão: <b>AUTONOMA</b>	8 - Endereço: <b>RUA FREI ODILON</b>	9 - Número: <b>624</b>	10 - Complemento: <b>AP 01, BL A17, I</b>
11 - Bairro: <b>PRESIDENTE KENNEDY</b>	12 - Cidade: <b>FORTALEZA</b>	13 - Estado: <b>CE</b>	14 - CEP: <b>60.336-190</b>
15 - E-mail: <b>emmanuel.virginia@globo.com</b>		16 - Tel.(DDD): <b>8530461120</b>	

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0031**

CONTA: **76070**

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <b>03/10/2018</b>
---	---

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <b>3</b> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <b>4</b> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	---	---	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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  
Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
do afibecido

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **FORTALEZA, 02 DE JULHO DE 2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 6610 / 2018

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: 03/10/2018 17:49:48  
Data / Hora da Ocorrência: 29/09/2018 17:40:00  
Endereço da Ocorrência: **RUA ACAPULCO**  
Complemento:  
Bairro: **Município: CAUCAIA/CE**  
Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **MARCOS ANTÔNIO SOUZA DA SILVA**  
Nascimento: **04/04/1972** CPF: **456.263.593-20**  
RG: **90001017735** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **CÁSSIA SOUZA DA SILVA**  
**GERALDO RODRIGUES DA SILVA**  
Endereço: **RUA CONSUNEL 1130 AP 102**  
Bairro: **PARQUE POTIRAZU**  
Município: **CAUCAIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

*Noticiante(s)*

Nome: **LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**  
Nascimento: **13/11/1981** CPF: **630.383.663-15**  
RG: **98010078623** Órgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO**  
**LUIZ AUGUSTO SILVA**  
Endereço: **RUA CNS MELO, 1130 AP 102**  
Bairro: **POTIRAZU** CEP: **61.600-000**  
Município: **CAUCAIA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8584-8744**

*Materiais / Documentos Envolvidos*

- 1) RG Órgão Emissor: SSP-CE - ROUBADO
- 2) CNH EMISSOR: DETRAN-CE CAT. HAB: AD - FURTADO
- 3) CPF Órgão Emissor: RECEITA FEDERAL - FURTADO
- 4) CHEQUE - FURTADO
- 5) MOEDA NACIONAL Qtde: 000 Reais - FURTADO

*Histórico*

Que é esposa da vítima falecida no acidente de trânsito que ocorreu no local acima indicado; Que está requerido esse BO para retirar o corpo o IJF-CENTRO; Que só ficou sabendo que alguém avançou a preferencial e bateu na moto do seu esposo e o mesmo veio a óbito na data de hoje 03/10/2018 por volta das 13h:20; Que está ciente que para requerer o seguro DPVAT deve procurar a delegacia responsável; Que nesse acidente furtaram os documentos acima indicados. E NADA MAIS DISSE

24 JAN. 2019

**DELEGAÇÃO DESTINO: DELEGAÇÃO DO 7. DISTRITO POLICIAL**  
**RESponsável PELA REGISTRO:** *[Signature]*  
**FRANCISCO NARITON ARRUDA GONCALVES - MAT.: 30114612**  
**RESponsável PELA INFORMAÇÃO:** *[Signature]*  
**ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3**  
**VISTO DO DELEGADO (A):** *[Signature]*

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGAÇÃO DO 7. DISTRITO POLICIAL**  
**Impresso nº 2018128218**  
**PLS**





## GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PÓLICIA CIVIL  
DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 201977207

### BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 107 - 689 / 2019

#### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**

Data / Hora da Comunicação: **01/02/2019 10:43:47**

Data / Hora da Ocorrência: **01/02/2019 10:40:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA MARCILIO DIAS, 436**

Complemento:

Bairro: **PIRAMBU**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

#### Noticiante(s)

Nome: **LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO**

Nascimento: **13/11/1981** CPF: **630.383.663-15**

RG: **98010078623**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO**

**LUIZ AUGUSTO SILVA**

Endereço: **RUA CNS MELO, 1130 AP 102**

Bairro: **POTIRÁ**

CEP: **61.600-000**

Município: **CAUCAIA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 8584-8744**

#### Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSL6254** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

**9C2JC4110DR123043** Renavam: **559848951** Tipo do Veículo:

**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano

Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:

**PRETA** Proprietário: **ROMULO ARTUR ALVES FILHO** Situação: **NAO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

#### Histórico

Informa a noticiante que seu esposo, Marcos Antônio Souza da Silva, foi vítima de acidente de trânsito, no dia 29/09/2018, e por conta da gravidade do acidente, ele faleceu; Que, registrou o Boletim de Ocorrência 107-6610/2018, relatando o ocorrido; Que, na ocasião do registro do Boletim de Ocorrência não mencionou os dados da motocicleta, pois não sabia os dados do veículo; Que, hoje, compareceu a esta delegacia para informar os dados da motocicleta descrita acima, veículo conduzido pelo seu esposo no momento do acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS - MAT.: 300049-1-4**

JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

**ALEXANDRE PAULO DE BRITO SAUNDERS - MAT.: 404547-1-3**



# JAIME ARARIPE

Serviço Registral



Nascimento - Casamento - Óbito - Procuração - Reconhecimento de firma - Autenticação

Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior

Oficial Titular

Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe

Substituto

## *Certidão de Casamento*

NOMES:

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA e ÂNGELA MARIA DA SILVA BRANDÃO

MATRÍCULA:

018762 01 55 1993 2 00059 277 0032118 06

Nomes completos de solteiro, datas e locais de nascimento, nacionalidade e filiações dos cônjuges:

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de FORTALEZA/CE, nascido no dia 4 de abril de 1972, filho de GERALDO RODRIGUES DA SILVA e MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA. —  
ÂNGELA MARIA DA SILVA BRANDÃO, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de ITAPAGÉ/CE, nascida no dia 5 de julho de 1977, filha de VALMIR BASTOS BRANDÃO e VIRGINIA DA SILVA BRANDÃO.

Data de registro do casamento (por extenso):

vinte e quatro de dezembro de mil novecentos e noventa e três

Dia:	Mês:	Ano:
24	12	1993

Regime de bens do casamento:

COMUNHÃO PARCIAL DE BENS

Nome que cada um dos cônjuges passou a utilizar (quando houver alteração):

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

ÂNGELA MARIA BRANDÃO SOUZA

Observações:

Termo nº: 32118, Livro nº: 59, Folha nº: 277v. À margem do termo consta a Averbação do Divórcio do Casal, decretado por sentença da Dra. Ângela Maria Sobreira D. Tavares, Juiz de Direito Respondendo pela 13ª Vara de Família da Comarca desta Capital, datada de 13/06/2007, e devidamente transitada em julgado. A mulher voltou a usar o nome de solteira, a saber: ÂNGELA MARIA DA SILVA BRANDÃO.

2º Via Certidão casamento (4014) Emolumento R\$: 34,44 (Cartório 23,59, Fermoju 2,97, Selo 5,52, Imposto 1,18, FAADEP 1,18).

JAIME ARARIPE - SERVIÇO REGISTRAL

Registro Civil das Pessoas Naturais de Antônio Bezerra  
Comarca de Fortaleza - Estado do Ceará

Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Oficial Registrador  
Av. Mister Hull, 4965, bairro Antônio Bezerra, Fortaleza/CE  
CEP: 60.356-001 - Telefone: 85.3235.3301  
cartorio@secrel.com.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou Fé.  
Fortaleza-CE, 10 de Agosto de 2015

RAIMUNDA BEZERRA DE ALCANTARA - Escrevente



JÚNIOR  
SERVIÇO DE NOTAS PÚBLICAS  
Av. Mister Hull, 4965 Fortaleza  
Fone: 3252-2112

15 OUT 2018

Em testo da verdade  
RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS  
Escrevente Autorizado à Termo do Art. 205, II, do CB 893594  
PROFERIMENTO COM SEU SELO DE AUTENTICIDADE



Poder Judiciário  
Estado do Ceará  
Selo Digital de Fiscalização  
SELO 4 - CERTIDAO/SEGUNDA  
VIA/SEGUNDO TRANSLADO  
**AAC078997-A1B2**  
Confira os dados do ato em:  
[selodigital.tjce.jus.br/](http://selodigital.tjce.jus.br/)

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:  
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:  
018762 01 55 2012 1 00439 029 0345608 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
CINCO ( 05 ) DE MAIO ( 05 ) DE DOIS MIL E DOZE ( 2012 )		05	05	2012
HORA	MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.			
09:05	FORTALEZA-CE			
MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.	LOCAL NASCIMENTO	SEXO		
ANTÔNIO BEZERRA - FORTALEZA / CEARÁ	FORTALEZA-CE	FEMININO		
FILIAÇÃO				
MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)			
NAO	NÃO É GÊMEO			
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
ONZE ( 11 ) DE MAIO ( 05 ) DE DOIS MIL E DOZE ( 2012 ).		30-57995076-1		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro Nº A-00439, Flcha Nº 029, Termo Nº 345908.				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Deu-lhe:

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012

*Carmem Lucia da Souza Gomes*

Carmem Lucia da Souza Gomes

Escrivente Autorizada

24 JAN. 2019



JAIME ARARIPE

Serviço Registratário

ASL-0028824/19

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:36:15

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:36:15

NOME:  
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:  
018762 01 55 2012 1 00439 020 0345008 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

CINCO ( 05 ) DE MAIO ( 05 ) DE DOIS MIL E DOZE ( 2012 )

DIA MÊS ANO

05 05 2012

HORA MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.

09:05 FORTALEZA/CE

MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.

ANTONIO BEZERRA FORTALEZA / CEARÁ

LOCAL NASCIMENTO

FORTALEZA/CE

SEXO

FEMININO

FILIAÇÃO

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

AVOS

GERALDO RODRIGUES DA SILVA

CASSIA SOUZA DA SILVA

LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO

MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO NÃO É GÊMEO

DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO

ONZE ( 11 ) DE MAIO ( 05 ) DE DOIS MIL E DOZE ( 2012 )

30-57995076-1

OBSERVAÇÕES / AVERBACÕES

Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro Nº A-00439, Folia Nº 020, Termo Nº 345908

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Deu M.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

*Carolina Lúcia da Souza Gomes*

Certidão Lúcia da Souza Gomes

Escrivente Autorizada

24 JAN. 2019

JAIME ARARIPE

Serviço Registratário

Titular: Dr. Jaime de Araújo Araripe Jr.

Ax. Master Hall - 4065 - Anel do Bairro

CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará

PAK: (85) 3235-3301

e-mail: cartorioararipe@secretaria.ce.gov.br



Cartório da Registro  
Civil de Mandubim  
Rua Clemente Silveira 251  
Mamanguape - PB - CEP 58110-000



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

NOME:

**MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

CPF:  
456.263.593-20

MATRÍCULA:

018515 01 55 2018 4 00012 110 0005155 78

SEXO	RACIA	ESTADO/CIVIL E RELIGIÃO
Masculino	Parda	Separado judicialmente.
NACIONALIDADE		DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Fortaleza-CE RG Nº 90001017735 SSP/CE, CPF Nº  
456.263.593-20

RELIGIÃO:  
Ign

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA:  
Filho de GERALDO RODRIGUES DA SILVA e de MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA. Residência do falecido, Rua Consuelo, nº 1130, Aptº102, Parque Polira 2, Caucia-CE

DATA E HORA DE FALECIMENTO:  
Três de outubro de dois mil e dezolto, às 13h20min.

DIA:  
03

MÊS:  
10

Ano:  
2018

LUGAL DE FALECIMENTO:  
Hospital UJF Centro, Fortaleza-CE

CABO DA MORTE:  
Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SUSTENTAMENTO / CREMAÇÃO:  
CEMETÉRIO PARQUE DA SAUDADE  
CAUCIA-CE

DECLARANTE:  
LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, RG Nº 98010078823,  
CPF/MF Nº 630.363.663-15, profissão Promotora de Vendas,  
estado civil solteira, residente Rua Consuelo nº1130 Aptº102  
Parque Polira II

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATTESTARAM O ÓBITO:  
Osmar Leite de Figueiredo Filho, CRM 3934/CE

AVERTIMENTOS / AFRONTAÇÕES A ACEITAR:  
Ato registrado no livro C-12, às folhas 112 , sub o nº 5155. Data do registro: 16 de outubro de 2018. Data do óbito: 3 de outubro de 2018. Profissão do falecido: Marchante. Data de nascimento do falecido: 4 de abril de 1972.  
Separado judicialmente. Não constam averbações à margem do termo.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO:  

TIPO DOCUMENTO	NUMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	90001017735		SSP/CE	

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

Nome do Ofício:  
Serviço de Registro Civil de Mandubim

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Fortaleza, 16 de outubro de 2018.

Oficial Registrador:  
Alexandre Jeckeline Moura Rollin Góis

Município/UFP:  
Fortaleza/CE

Endereço:  
Rue Chumante Góis, 251A - Mandubim



Reginaldo Rodrigues da Costa  
Escrivão Autorizada

25 JAN. 2019

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:35:35  
CERTIDÃO DE ÓBITO  
Município de Fortaleza - CE  
Era de 07 de Fevereiro de 2019  
Nº 1130-A



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

NOME

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF  
456.263.593-20

MATRÍCULA:

018515 01 56 2018 4 00012 113 0005155 78

SEXO	RACA	ESTADO CIVIL
Masculino	Parda	Separado judicialmente
NACIONALIDADE		DOC. DE IDENTIF. E AUTENT.
Fortaleza-CE		RG N° 90001017735 SSP/CE, CPF N° 456.263.593-20

RELAÇÃO E RESUMO

Filho de GERALDO RODRIGUES DA SILVA e de MARIA RITA DE CASSIA SOUTA DA SILVA. Residência do falecido: Rua Consunel, nº 1130, Aptº 102, Parque Potira 2, Caucaia-CE

DATA E HORA DO FALECIMENTO

Três de outubro de dois mil e dezotto, às 13h20min.

DATA  
03  
MÊS  
10  
ANO  
2018

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital UF Centro, Fortaleza-CE

CABEÇA DE MÓTE

Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SEPO/CREMATORIO/CREMAÇÃO  
CEMETERO PARQUE DA SAUDADE  
CAUCAIA-CE

DECLARANTE  
LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, RG N° 98010078823,  
CPF/MF N° 630.363.653-15, profissão Promotora de Vendas,  
estado civil solteira, residente Rua Consunel nº1130 Aptº102  
Parque Potira II

NOME E Nº DE DOCUMENTO (CASO MÉDICO) DA CLÍNICA/ESPECIALISTAS  
Osmar Leite da Figueiredo Filho, CRM 3934/CE

AVARIANÇAS/AFIADAS À AUTELER

Ato registrado no livro C-12, às folhas 113, sob o nº 5 55. De fato: registro: 16 de outubro de 2018. Data do óbito: 3 de outubro de 2018. Profissão do falecido: Marchante. Data de nascimento do falecido: 4 de abril de 1972. Separado judicialmente. Não constam aves na margem do fermo.

ANOTAÇÃO DE CADASTRO

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO	DATA EXPEDIÇÃO	ÓRGÃO EXPEDIDOR	DATA DE VALIDADE
RG	90001017735		SSP/CE	

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

Nome do Ofício  
Serviço de Registro Civil de Honório

Oficial Registrador  
Arianele Jackeline Moura Sales Oliveira

Município/UF  
Fortaleza/CE

Endereço  
Rua Clementina Lava, 151A - Honório

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.  
Fortaleza, 16 de outubro de 2018.

Liliane Oliveira Furtado

Assinatura

Registro Civil de Fortaleza

Escrivania Autorizada



24 JAN. 2019

Registro de Atendimento Emergencial

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DATA/HORA: 29/09/2018 19:45:12

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 707602290800798	NOME: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA			Registro: 5582796
CPF: 45626359320	RG:	D. NASC.: 04/04/1972	ESTADO CIVIL:	SEXO: M RACA/COR: Parda

NOME DA MÃE: MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA NOME DO PAI: GERALDO RODRIGUES SOUSA DA SILVA

TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDERECO DO PACIENTE: PADRE ALZIR SAMPAIO	Nº: 266	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 934781248	MUNICIPIO: FORTALEZA	UF: CE CEP: 60355260

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: SAMU USA 122 COND BELIZARIO	PARENTESCO: LUCIELDA(PRIMA)	TELEFONE:
-----------------------------------	-----------------------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:
------------------	-------------------	---------------------	-----------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.

QUEIXAS: PAC COM HEMATOMA PERIORBITAL, ENTUBADO EM VM. TRAUMA NA PELVE SANGRAMENTO NOS MMII. APOS COLISAO EM MURETA

OBSERVAÇÕES: TCE

SINAIS VITais

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO
-----------------------------------	------------------------	-------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

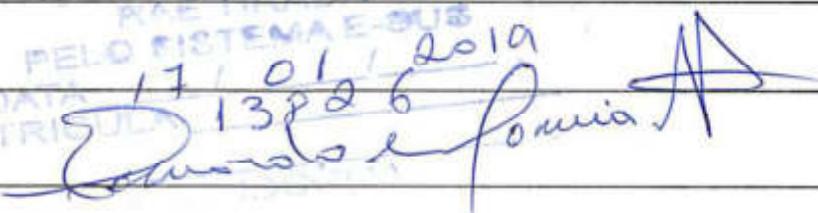
Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

VÍCIO DE PROTOCOLO - INF  
RAE TIRADA  
PELO SISTEMA E-SUS  
DATA: 17/01/2019  
MATRÍCULA: 13826  
Assinatura: 

24 JAN. 2019

Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 17/01/2019 9:44:47

Por: EDUARDO MOREIRA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 29/09/2018 19:45:12	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 707602290800798	NOME: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA					Registro: 5582796	
CPF: 45626359320	RG:	D. NASC: 04/04/1972	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA			NOME DO PAI: GERALDO RODRIGUES SOUSA DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDERECO DO PACIENTE: PADRE ALZIR SAMPAIO		Nº: 266	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY		
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 934781248	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60355260		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USA 122 CONÓ BELIZARIO		PARENTESCO: LUCIELDA(PRIMA)		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAE:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um objeto fixo ou parado.							
QUEIXAS: PAC COM HEMATOMA PERIORBITAL. ENTUBADO EM VM. TRAUMA NA PELVE SANGRAMENTO NOS MMII. APOS COLISAO EM MURETA							
OBSERVAÇÕES: TCE							
SINAIS VITais							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor:	Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico: 17/01/2019 13:26 2010							
Conduta: <i>João Silva e Fornia</i>							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Nº DO CLIENTE

7420588-9

Vou agilizar seu atendimento na Tela de Atendimento  
que sempre está disponível.

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.445,  
de 26 de abril de 2002.

CODIGO

Rua Padre Vilela, 150  
CEP 60135-040 - Fortaleza - CE

ONPC 041-221-0001-79 CEP 06.115-3

Onus Prod.

NOTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

445567854

Nota 05 22000'12 268515 - 3

Data de Emissão 09/09/2016

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

End. Postal RU CNS HELO 01130 AP 302

POTIRAS II - CAUCAIA - 66000-000

Medidor 5018880

Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 1,00

RG / CPF / CNPJ 630383663-15

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Prévio à Prova da Letra
08/2016	09/09/2016	11/10/2016

INDIC-DEQUILÍBRIO DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta Nota.

Conjunto NEDH

Mês	1.1.2016	DIS 22.05
-----	----------	-----------

Nº de Conta	Alíquota	Valor do Imposto
15.07	.001	17,81

Padrão Individual	Apuração Individual
Mensal	Mensal
Trim.	Trim.
Anual	Anual

RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DIC ,44 14,93 13,19 0,00 0,00 0,00

FIC ,44 14,93 13,19 0,00 0,00 0,00

DMIC ,45 14,93 13,19 0,00 0,00 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Unit. Atual	<input type="checkbox"/> Left. Anterior	<input type="checkbox"/> Const.	<input type="checkbox"/> Consumo (kWh)	<input checked="" type="checkbox"/> Cons. Incl.	<input type="checkbox"/> Coss. Pat.	<input type="checkbox"/> Tarifa (R\$ / kWh)	<input type="checkbox"/> Valor (R\$)
732	636	1.00	24	0,00	24	0,70202	17,77
00.14	02.00.14		31.1.38		24		15,92

VALOR (R\$)

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

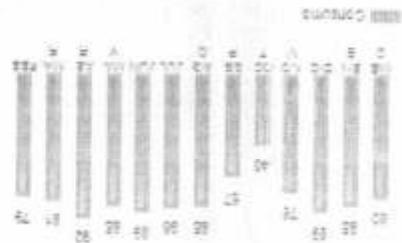
24 JAN. 2019



83830000000-4 93470031000-4 00043007940-0 00934304259-6

23/01/2019 Preferencia JAN/2019 N\_GERENTE 0004300794 000093 4304 2 05  
4300794-5 N\_GERENTE HSCN 55715696 Total a Pagar (R\$): 3.47  
N\_GERENTE HSCN 55715696 N\_GERENTE JAN/2019 N\_GERENTE 0004300794 000093 4304 2 05

Digitized by srujanika@gmail.com



HISTÓRICO DE CONSUMO (ultimo 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE. ENRIQUECES DE CO<sub>2</sub>. (kg/kWh)

WNUC DE QUADRADO FONHECIMENTO

CDM-PUBLICADO DO VARIOR DE CONSUMO

Value do Imóvel	Atributos	61,62	61,62	0,60
61,62	27%	16,63	16,63	0,35

CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916

7E7C.ARC1.D1F3.60F4A.SDF6.588A.F926.318D

ÁREA RESERVA DA AD GESTÃO FISCAL

2010-06-19 10:00:00

DATOS DE LETRURA

85 0 85

174

O CONSUMO

0  
Editor de Fotografia

VENCIMENTO

SEM BAIUBA CANTATA 61600000

25052483  
Wiediger  
Postle  
0000 0

www.oxfordjournals.org

25/16196

24

25/10/2019



9950913

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei N° 10.428  
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará  
Praça Padre Vídevino, 50  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

556488738

## CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°

Rota 03 22005 15 034600 - 7 Data de Emissão 04/01/2019

Nome ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

End. Postal RU POTIGUARA 01208

POTIRAS - CAUCAIA - 61600000

Medidor 11953248 Posto 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 011747743-55 CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
JAN/2019	04/01/2019	06/02/2019

## INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Jan-2019

Mês DICR= 6,00 P

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
42,05	27,00%	11,05

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
FIC	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00
DMIC	6,00	6,00	6,00	6,00	6,00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4346.406B.EE7.083F.E175.4894.9659.6816

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Inc.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 17229	17812	1,00	59	0,00	55	3,72504	42,05
04/01/19	10/12/18		25 DIAS		56		42,05

## DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

## VALOR (R\$)

42,05

9,35

VENCIMENTO

10/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,40

## COMPOSIÇÃO DO VÁLOR DE CONSUMO

Energia .....	15,61
Transmissão .....	1,57
Distribuição .....	4,98
Encargos Setoriais .....	2,59
Tributos (PIS/COFINS) ...	13,48
<b>TOTAL .....</b>	<b>42,05</b>

## HISTÓRICO DE CONSUMO (Últimos 12 meses)

Jan	Fev	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>)

22,64 0,00 0%

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEU DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

A ENEEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,10 referente a PIS e COFINS. As taxas: PIS:0,514 e COFINS:14,17%

(Art. 3º Reg. Res. 2004 - ANEEL - Ed. 01 - 10.03.01 - 7.03.01)

Baseiro verda em Jan-19, sem acréscimo no valor da tarifa a ser reembolsado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br



Esta é a segunda via de  
**JAN/2019**

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N.º **556958347**  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdecy, 170 | CEP: 60400-040 | Fortaleza/CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF: 63100-8483

Tarifa Serviço de Energia Elétrica  
tarifa padrão Lote nº 30-426 da  
26 de abril de 2012

#### DADOS DO CLIENTE

Rota 05 022005 12 093800 Medidor 5018650 Posto 0000 0  
Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO  
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU CNS MELO 01130 AP 102 POTIRAS CAUCAMIA 60000000

RG / CPF / CNPJ 630.383.663-15 CGF

Classe B1 - B1-RESIDENCIAL RURAL/ASCA Fator de Potência 0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leratura Atual  Leratura Anterior  Contingente  Consumo kWh  Consumo Ind.  Consumo Faturado

Nº DO CLIENTE	9	VENCIMENTO	15/01/2019	TOTAL A PAGAR (R\$)	106,73
7420588				FP 3344 3268 L 76 0 76	

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
76	0,72504	55,10	

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissões Apresentação	Prev. Próxima Leitura
08/01/2019	07/02/2019

#### OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT QUOTA PROPORCIONAL PARCELAMENTO IMPORTE TO	9,35	42,25
---	------	-------

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6E8C76A4,89F8,7682,E5A2,A143,FB08,A329

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
55,10	2,1%	14,87

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	20,47
TRANSMISSÃO	2,18
DISTRIBUIÇÃO	11,66
ENCARGOS SETORIAIS	3,13
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	17,66

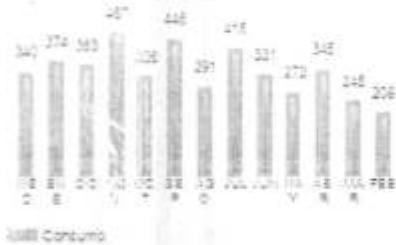
#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta: CM: 22,02  
Conjunto

Mes NOV/ 2018

Década	Parâmetro Individual		Aporteção Individual	
	Mês/Ano	Trim. Anual	Mês/Ano	Trim. Anual
DIC (m)	0,00	0,00	0,07	0,00
FIC (m)	0,00	0,00	1,00	0,00
DMC (m)	0,00		0,07	

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mediante cliente

Nº do Cliente: 7420588-9 Nº da Nota Fiscal: 556958347 Total a Pagar (R\$): 106,73  
Data de Emissão: 31/01/2019 Referência: JAN/2019 Nº do Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Esta é a segunda via de  
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 559596359

Companhia Energética do Ceará  
Maior Valores: 150 | CEP: 60205-040 | Fone/Fax: 10  
CNPJ: 070422510001-70 | CGF: 00105-8103

A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.436 de  
20 de abril de 2002.

#### DADOS DO CLIENTE

Rota: 18 01150 23 033800

Medidor:

Posto:

Nome: ANGELA MARIA DA SILVA BRANDAO

8949504

1000 Y3IP

Endereço Postal:

End. da Unidade  
Consumidora: RU FRI ODILON 00624 AP 01 BL A17 QD 02 PRES. KENNEDY  
FORTALEZA 60336190

RG / CPF / CNPJ: 739.968.743-91

CGF:

Classe: B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência:

0

#### INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual  Leitura Anterior  Constante  Consumo (kWh)  Consumo incl.  Consumo Faturado

TOTAL A PAGAR (R\$)

142,87

FP 31117 30938 1 179 0 179

#### DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade  Tarifa  Valor (R\$)

#### DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:  
Agrupamento:

Próx. Proxima  
Leitura:

25/01/2019

23/02/2019

#### ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

46D0.3E28,D65D.AC13,3311.C03D,43EE,E389

#### ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
129,78	27%	35,04

#### COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

#### OUTROS PAGAMENTOS

TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO BOA AÇÃO BOA SORTE  
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-CAP

2,99  
10,10

#### CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica (CO<sub>2</sub>)

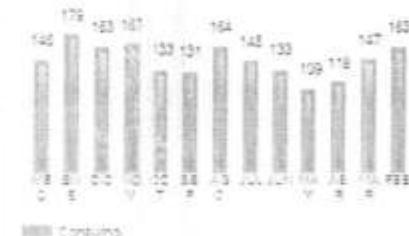
#### INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,97  
Consumo:

Mês: NOV/ 2018

	Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Anual	Mensal	Anual
DNC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00		0,00	

#### HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)





MARA ADRIANA PINTO  
ET PARA SAO JOSE, 39, CENTRO  
TIANGUA - CEP: 62320-000

Codificacao: 010.001.0096.0490.0000.00.00

Padrao do imovel: MEDIO

ECONOMIAS 001 000 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Publica: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIDAÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(s)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A10F182554	21	23	2	2

DATAS  
Leitura atual: 09/06/2020 Emissao: 09/06/2020 Lacre agua: 3277639  
Leitura anterior: 09/05/2020 Proximo Teitura: 09/07/2020

04/2020					
QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
No de amostras	052	052	010	052	052
Exigidas	052	052	010	052	026
Analisadas	026	026	026	026	026
Em conformidade	026	026	026	026	026

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	40,30	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
MULTA DE 2%	2,47	jul/19	1	0
JUROS DE 0,033% AO DIA	1,51	jul/19	1	0
		ago/19	0	0
		set/19	1	0
		out/19	1	0
		nov/19	0	0
		dez/19	0	0
		jan/20	1	0
		fev/20	0	0
		mar/20	5	0
		abr/20	5	0
		mai/20	1	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	SUBSÍDIO	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,42		VALOR DO SERVIÇO	45,00
COFINS	2,11		VALOR DO SUBSÍDIO	0,80
			VALOR TOTAL A PAGAR	44,28

MÊS ANO  
06/2020

VENCIMENTO  
02/07/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)  
44,28

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saude.  
RELATORIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 557161696

Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 190 | CEP 60135-040 | Fortaleza/CE  
CNPJ 07047251/0001-20 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica  
foi criada pela Lei nº 10.438 de  
26 de abril de 2002.

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE 4300794 DV 5

VENCIMENTO 20/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)  
93,47

DESCRICAÇÃO DA CONTA

## DADOS DO CLIENTE

Rota 06 022000 02 0132600  
Nome VANDERLUCE ARAUJO DUARTE  
Endereço Postal

Medidor 25062483 Poste 0000 0

End. da Unidade Consumidora SETOR RUA 114 CASA 00623 SEM BAIRRO CAUCAIA 61600000

RG / CPF / CNPJ 712.401.443-34 CGF Fator de Potência 0  
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual L Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 8199 8114 1 85 0 85

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão Apresentação Prev. Próxima Leitura  
09/01/2019 09/02/2019

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E7C.4FCA.D1F3.60FA.5DF6.58BA.F926.31BD

## ICMS

Base de Cálculo (R\$) 61,62 Aliquota 27% Valor do Imposto 16,63

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

## OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,60  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 9,35  
CARTAO DE TODOS - 0800.283.8916 21,90CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)Compreenda suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica%CO<sub>2</sub>

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

## ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

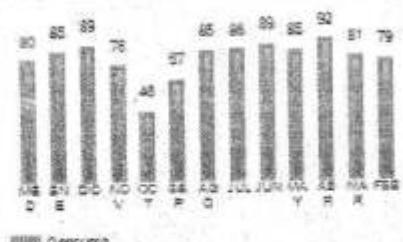
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 18,19

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (d)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 4300794-5 N° da Nota Fiscal: 557161696 Total a Pagar (R\$): 93,47  
Data de Emissão: 23/01/2019 Referência: JAN/2019 N° de Controle: 0004300794 00093 4304 2 05

83830000000-4 93470031000-4 00643007940-0 00934304259-6



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguros, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Romero do Nascimento Viana, inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.747.743 / 55, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Uma pessoa Duante da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.674.43 / 38, do sinistro de DPVAT cobertura Morte da Vítima Marcos Antônio Souza da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 456.263.593 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ herida: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência quanto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua Petiguana</u>	Número	<u>1208</u>	Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Potiguar</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>61600-000</u>
Email	<u>may.vincentes@hotmail.com</u>	Telefone comum (DDD)	<u>(183) 3046-3120</u>	Telefone celular (DDD)	<u>(183) 9714 8819</u>

Ramiro 23 de 05 de 2019  
Local e Data



Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NFI de sinistro ou AGL:

CNPJ da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 Maris Antônio Souza da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA - LENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA / BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: Silviano de Oliveira Furtado

CPF: 630.383.663-15

Profissão: Vendedora

Endereço:

Rua CNS milo

Estado:

Número:

Complemento:

Potira II

Cidade:

Barraia

CEP:

6600-000

E-mail:

Tel. (DDP):

may.ronara@hotmail.com

(85) 97188819

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante a ser anexado (ANEXAR CóPIA).

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINE A UMA OPCIÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (1 ou 2 bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

[Informar digito se existir]

[Informar digito se existir]

[Informar digito se existir]

[Informar digito se existir]

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização e reembolso do Seguro DPVAT e que eu fui atendido, reconhecendo e dando, desde já e consciente, a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML), para fins de recuperação de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que fassim não tenho opção:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência e realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; 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, para invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider, para a criação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.214/91, art. 3º, §1º, com base na qual a autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou análica do resultado da contestação, caso descreva-se seu nome.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA A COBERTURA DE MORTE

MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado/no Civil  Companheiro(a)  Separado(a)/viúvo/a  Viúvo Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Grau de Parentesco com a vítima

Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Seu nome completo: Silviano de Oliveira Furtado

Vítima teve filhos?

 Sim  Não Seu nome completo: Silviano de Oliveira Furtado

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte sócio/beneficiário que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que sua querelação ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 399 do Código Penal.



Local e Data: Barraia - 01/02/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina a ROSA

Assinatura da vítima/beneficiário (deixar vazio)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTIMUNHAS

1º | Nome:

CNPJ:

Assinatura

2º | Nome: JOSEVAN PINTO BARROS

CPF: 600.067.453.85

(\*) A vítima/beneficiário não apresentando deverá escolher outra pessoa idônea, maior de idade, para preencher o e-mail do presente formulário, à SEI-BRSC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovação feita a dar-lhe cópia do instrumento (lo comprovado, antes do preenchimento e assinatura).

NECESSARIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 Maria Antônio Souza da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Phaloma Brandão Souza

CPF:

626.904.813-32

Profissão:

Autônoma

Endereço:

Rua Fri Odilon Ed 02

Número:

624

Bairro:

Res. Kennedy

Cidade:

Fortaleza

CEP:

60336190

Email:

may.lamara@hotmail.com

Tel. (DD):

(85)97388819

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, comprovante afixado (ANEXAR COPIA).

## DADOS CADASTRAIS

 REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 SEM RENDA R\$10.001,00 ATÉ R\$10.000,00 R\$10.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR A UNA OPÇÃO DE CONTA

 CONTA POUPANÇA (Nome do banco abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Nome do banco)

Bradesco (337)

Banco do Brasil (001)

Itaú (341)

Caixa Econômica Federal (104)

Brasil

AGÊNCIA:

[ ]

CONTA:

[ ]

AGÊNCIA: 3469

CONTA:

39580

3

(Informar o dígito de verificação)

(Informar a digita de verificação)

(Informar o dígito de verificação)

(Informar a digita de verificação)

Autorizo à Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização por embate do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e solidamente, a efusão de crédito, que é total e - valor recebido.

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impecável da alegada infiltração do Instituto Médico Legal (IML) nos fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinar] ou [assinar] uma das opções:

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

Peço motivo de desistência, sólido e plausível da análise dos critérios de rejeição do Seguro DPVAT, ou invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica e custos da Seguradora Lider para comprovar a existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 21, § 4º, a, art. 38, § 1º, inciso II, ambos estes laudos não significam prévia concordância com a futura avaliação médica ou técnica em direito de curto prazo, essa de fato não sendo o meu desejo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: 03/10/2018Grado de parentesco com a vítima: Filha Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Silvone Oliveira FurtadoVítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 Falecidos Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso prever a indenização no Seguro DPVAT por morte ao(s) beneficiário(s) que se apresentarem e provisoriamente esta condição, estando ciente, ainda, da que qualquer omisão ou negligéncia verificada levará a garantir a execução de ressarcir o valor devidoso, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Luxaria 01/10/19
Nome:	
CPF:	

Local e Data:

Luxaria 01/10/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem inscreve o RGID

Phaloma Brandão Souza  
Assinatura da vítima/beneficiário

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA: Julmery de Oliveira Furtado1º | Nome: Julmery de Oliveira FurtadoCPF: 883.833.953-91Assinatura: Julmery de Oliveira Furtado2º | Nome: Josuval Pinto BarrosCPF: 600.069.453-85Assinatura: Josuval Pinto Barros

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher uma pessoa responsável, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGID, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, com comprometendo-se a carregar o RGID e o formulário, assinando e preenchendo e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NF do registro ou ASL:

nº da vítima:

Nome completo da vítima

456.263.593-20 Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo:

Ana Jéssica Huarte da Silva

CPF:  
026.674.413-38

Endereço:

Endereço:

Nome completo da vítima

Vendedora Rua 114, 220

Número:  
623 Complemento:  
Casa

Bairro:

2200 metropolitana

Cidade:

Caucia

Estado:

CE

CEP:  
61600-000

E-mail:

mat.romero@hotmail.com

tel.: 031 3200-1850  
18397188819

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação anexa (ANEXAR COPIA).

## DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO MENSAL

- RECLUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

- SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$4.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

#### CONTA POUPANÇA (informar 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: 0926

CONTA: 31837

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT e que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do pedido, quaisquer total do valor recebido.

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

Pelo motivo acima citado, solicito e prorroguem-me a análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, contornando, desse jeito, a necessidade de laudo do Instituto Médico Legal para verificação da existência e natureza das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 6º, II, § 4º, art. 38, § 1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou tomada em direito. Eu contesto-lhe, caso contrário do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

03/10/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
Filha

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos vivos: 03 Façam

Vítima deixou pais/mais pais?  Sim  Não Vítima deixou pais/vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte acidental - beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, em que qualquer amparo à declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:	Concilia - a 23/10/2019
Nome:	
CPF:	

Local e Data:

Nome:

CPF:

[\*) Assinatura de quem assina a RGCC

Ana Jéssica Huarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roseli

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | No nome: **Guilherme da Oliveira Furtado**  
CPF: 835.833.953-91

Assinatura

2º | No nome: **Jessilon Pinto Bonfim**  
CPF: 600.067.453-85

Assinatura

Assinatura

24 JAN. 2019

[\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, menor e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELI RGCC, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a fazê-lo só no dia do atendimento ao beneficiário, antes de preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input checked="" type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:		
3190062998	456.263.593-20	Kilianne Oliveira Furtado da Silva		
RÉGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
5 - Nome completo:	6 - CPF:			
Kilianne Oliveira Furtado da Silva (menor)	086.659.343-83			
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número: 10 - Complemento:		
Rua Consuelo Mello		1130 qp. 102		
11 - Bairro: Potra II	12 - Cidade: Caucia	13 - Estado: CE	14 - CEP: 61.650-370	15 - Tel(DDD): 85 99434.5400
16 - E-mail:				

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:	biliana de Oliveira Furtado	18 - CPF do Representante Legal:	630.383.603-15	19 - Profissão do Representante Legal:	Thermotécnica de vendas
--	-----------------------------	----------------------------------	----------------	--	-------------------------

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> RS2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

Bradesco (237)  Itaú (341)

Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itau

AGÊNCIA: 878

9

CONTA: 57626

4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: <u>03/10/2018</u>
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: <u>Kilianne Oliveira Furtado</u>		
<u>Filha</u>						
28 - Vítima <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <u>3</u> Falecidos: <u>0</u>	30 - Vítima deixou nascituro (valentão)? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <u>4</u> Falecidos: <u>0</u>	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

**NÃO ALFABETIZADO**

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data, Caucia, 00/11/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

38 - 1º   Nome: <u>Comunhão, Jing Jia flower</u>	CPF: <u>602.169.833-41</u>	Assinatura da testemunha
<u>Comunhão, Jing Jia flower</u>		<u>Assinatura da testemunha</u>
39 - 2º   Nome: _____	CPF: _____	Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Kilianne Oliveira Furtado - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

## 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 Karlos Antônio Souza da Silva, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 29/09/2018, faleceu em 03/10/2018 no estado civil de viúva 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. Marilene Furtado da Silva	Filha (unica)		086.659.343-83
2. Poloma Brannby Souza	Filha	30029163687	606.904.813-32
3. Ana Jessica Dantas da Silva	Filha	3005010138038	035.674.413-38
4.			
5.			

(\*) Especificar o grau de parentesco com a vítima.

Declaro(mos), ainda que a vítima ( ) não deixou companheira(o) ou (x) deixou companheira(o) de nome Biliane de Oliveira Furtado (única estavam) - Apesar de declararão di exclusão de pleno

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 reclamar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT.

Set. 15/10/2020

LOCAL E DATA

Biliane de Oliveira Furtado

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO DECLARANTE

### 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. <u>Biliane de Oliveira Furtado</u> 92010028423 600.383.663-15			<u>Biliane de Oliveira Furtado</u>
2.			

### DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Edmundo Diniz dos Reis</u> 98001017043 663.164.879-1			<u>Edmundo Diniz dos Reis</u>
2. <u>Maria Luiza da Costa Bonito Lucas</u> 20151418652-3 629.125.235-33			<u>Maria Luiza da Costa Bonito Lucas</u>

### (\*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- a) Na hipótese do herdeiro legal ter ATÉ 16 ANOS INCOMPLETOS, o responsável legal deverá assinar pelo menor.
- b) 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).



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

**456.263-593-20 Manoel Antônio Souza da Silva**

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

Nome completo:

**Phaloma Brandão Souza**

Profissão:

**Autônoma**

Endereço:

**Tr. São Sebastião**

Bairro:

**Pies. Kennedy**

Cidade:

**Fortaleza**

E-mail:

CPF: **626.904.813-32**

Número: **153**

Complemento:

CEP: **60.355.520**

TEL (DDO): **(85) 3046-3420**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

- 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: **Brasil**

AGÊNCIA:

**3469**

CONTA:

**39580**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

**3469**

CONTA:

**39580**

**3**

(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, devo, e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 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 do pedido.

Pelo motivo esclarecido, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse jeito, 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 FZ 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou remédio ao direito de contestá-la, caso discordar do seu resultado.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Último deuso com o(a) falecido(a), informar o nome completo: **Bilione Oliveira Furtado**

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: **03** Falecidos:  Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não 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 descuido não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: <b>Lancava - 23/01/2019</b>	TESTEMUNHAS:
Nome: _____	1º) Nome: <b>José Ivan Rito Barros</b>
CPF: _____	CPF: <b>600.067.453-85</b>

Assinatura da vítima/beneficiário (apenas): <b>Phaloma Brandão Souza</b>	Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): <b>Thalma Souza</b>	Assinatura: _____

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dizer a verdade quanto ao conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTES DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

2456.263.593-20 Marcos Antônio Souza da Silva

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

Nome completo:

Ana Jéssica Huarte da Silva

CPF:

026.674.413-38

Profissão:

Vendedora Endereço: Rua 114, 220

Número:

623

Bairro:

2200 metrópole Caucaia

Complemento:

casa

Cidade:

Ceará

Estado:

CEP: 63600-000

E-mail:

marc.vnmvnmv@hotmail.com

DDD (000):

(85) 97188819

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

 CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0926

CONTA: 31887

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 por ante a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 34, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo de seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input checked="" type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:	03/11/2018
-------------------------	-----------------------------------	--	--	---	--------------------------------	--------------------------	------------

Grau de Parentesco com a vítima:	Filha	Vítima deixou companheiro(a): <input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Seu cônjuge (deixou companheiro(a)), informar o nome completo:	Gladiane Oliveira Furtado		
----------------------------------	-------	---	------------------------------	--	---------------------------	--	--

Vítima teve filhos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vivos: 03	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> 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.

Local e Data:	Caruaru - a 23/03/2019
Nome:	
CPF:	

(\*) Assinatura de quem assina o RGDO

Ana Jéssica Huarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome:

CPF: 600.067.453-85

Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

24 JAN. 2019



24 JAN. 2019



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS  
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:  
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:  
018762 01 55 2012 1 00439 029 0345608 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO		DIA	MÊS	ANO
CINCO ( 05 ) DE MAIO ( 05 ) DE DOIS MIL E DOZE ( 2012 )		05	05	2012
HORA	MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.			
09:05	FORTALEZA-CE			
MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.	LOCAL NASCIMENTO	SEXO		
ANTÔNIO BEZERRA - FORTALEZA / CEARÁ	FORTALEZA-CE	FEMININO		
FILIAÇÃO				
MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEO	NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)			
NAO	NÃO É GÊMEO			
DATA DO REGISTRO POR EXTENSO		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO		
ONZE ( 11 ) DE MAIO ( 05 ) DE DOIS MIL E DOZE ( 2012 )		30-57995076-1		
OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES				
Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro Nº A-00439, Flcha Nº 029, Termo Nº 345908				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Deu-lhe:

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012

*Carmem Lucia da Souza Gomes*

Carmem Lucia da Souza Gomes

Escrivente Autorizada

24 JAN. 2019



24 JAN. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

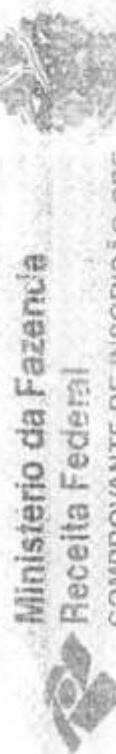
REGISTRO GERAL	2008916868 - 7	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/09/2014
NOME		PHALOMA BRANDÃO SOUZA	
FILIAÇÃO		MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA ANGELA MARIA BRANDÃO DE SOUZA	
NATURALIDADE	FORTALEZA - CE	DATA DE NASCIMENTO 23/11/1998	
DOC. ORIGEM	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO ANT. BEZERRA TERMO: 218678 FOLHA: 07 Nº LIVRO:A-199 FORTALEZA - CE		
CPF	P.: 1		
VIA	Assinatura do Registrador LEI Nº 7.116 DE 20/09/1980		

Submited by C. amaral

Submited by C. amaral



Submited by C. amaral

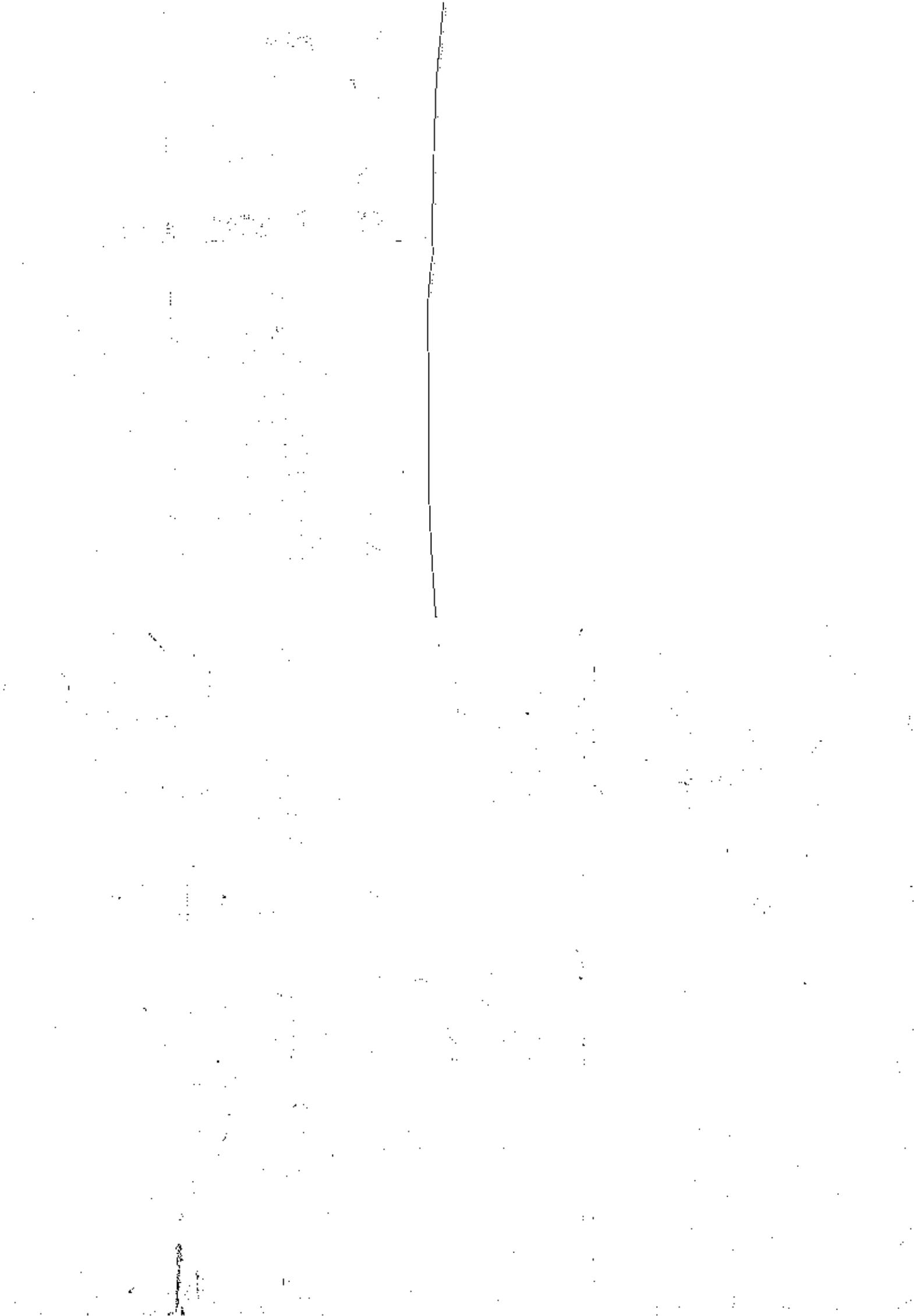


COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número  
626.904.813-32

Nome  
PHALOMA BRANDÃO SOUZA

Nascimento  
23/11/1998



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2008916868 - 7	DATA DE EXPEDIÇÃO	16/09/2014
NOME		PHALOMA BRANDÃO SOUZA	
FILIAÇÃO		MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA ANGELA MARIA BRANDÃO DE SOUZA	
NATURALIDADE	FORTALEZA - CE		
DOC. ORIGEM	CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO ANT. BEZERRA TERMO: 218678 FOLHA: 07 Nº LIVRO:A-199 FORTALEZA - CE		
CPF	P.: 1		
VIA	Assinatura do Registrador LEI Nº 7.116 DE 20/09/1980		

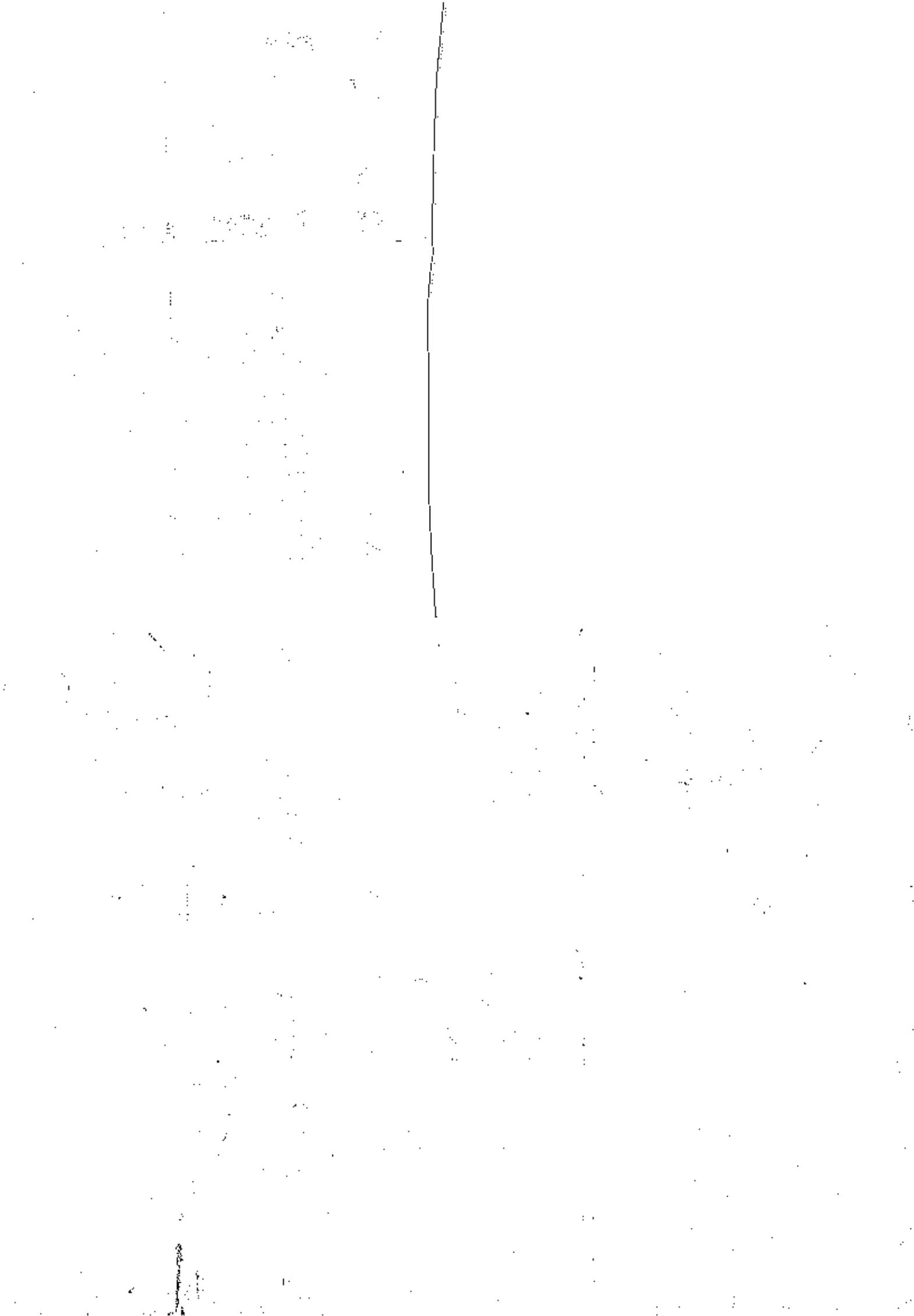
Submited by C. amaral

Submited by C. amaral



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

COORDENADORIA DE LICENCIAMENTO DE VEHÍCULOS  
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
ESTADO DO CEARÁ



24 JAN. 2019

Acao

Inicio Origem Desvio Restaura Fim

NB 1872671419 LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO Situacao: Ativo  
CPF: 086.659.343-83 NIT: 2.282.221.125-5 Ident.:

OL Mantenedor: 05.0.01.120 APS : APS FORTALEZA - CENTRO PRISMA  
OL Mant. Ant.: Banco : 341 ITAU  
OL Concessor : 05.0.01.120 Agencia: 645883 FORTALEZA RIO BRANCO, 904

Nasc.: 05/05/2012 Sexo: FEMININO Trat.: 01 Procur.: NAO RL: SIM  
Esp.: 21 PENSAO POR MORTE PREVIDENCIARIA Qtd. Dep. Sal.Fam.: 00  
Ramo Atividade: COMERCIARIO RP: N Qtd. Dep. I. Renda: 00  
Forma Filiacao: CONTRIBUINTE INDIVID Qtd. Dep.Informada: 01  
Meio Pagto: CMG - CARTAO MAGNETICO Dep. para Desdobr.: 01/01  
Situacao: ATIVO Dep. valido Pensao: 01

APR. : 964,71 Compet : 10/2018 DAT : 00/00/0000 DIB: 03/10/2018  
MR.BASE: 964,71 MR.PAG.: 964,71 DER : 31/10/2018 DDB: 31/10/2018  
Acompanhante: NAO Tipo IR: PADRAO DIB ANT: 00/00/0000 DCB: 00/00/0000

Percentuais da pensao: MR Previd. c/ 100%: Nao

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

MPAS/INSS Sistema Unico de Beneficios DATAPREV 08/11/2018 17:35:32  
HISCRE - HISTORICO DE CREDITOS Pagina atual: 01

NB 187.267.141-9 LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO Esp: 021 Meio Pag: CMG  
Compet 10/2018 Per: 03/10/2018 a 31/10/2018 Dt. Calc. Credito : 03/11/2018  
OLM.....: 05.0.01.120 Dt. Inic. Validade: 20/11/2018  
Conta Corrente: -- Dt. Final Validade: 31/01/2019  
Origem.....: CONCESSAO Dt. do Pagamento...:  
Retorno.....: CREDITO SEM RETORNO Arq: 000781 Seq: 0005151  
Banco: ITAU OP: 645883 - FORTALEZA RIO BRANCO

Rubrica	Descricao	Valor (R\$)
101	VALOR TOTAL DE MR DO PERIODO	900,39 +
137	ADIANTAMENTO P/ARREDONDAMENTO DO CREDITO	0,61 +
316	SALDO DEVEDOR ARREDONDAMENTO DE CREDITOS	0,61

Valor Bruto 901,00 Descontos 0,00 Valor Liquido 901,00  
Proxima Pagina: 99

Window SISBEN/1 at DTPRJCV3

PROTOCOLO DE BENEFICIOS

BENEFICIO: 187.267.141-9

F A I X A: 0158

DADOS DO BENEFICIO

OL. CONCESSOR....: 05.0.01.120

ESPECIE...: 21

DER.....: 31/10/2018

DPH.....: 31/10/2018

DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO.: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

NIT.....: 0026775406523

CTPS.....: 0000000

SERIE.....: 0000000

DATA EMISSAO....:

UF.....: CE

IDENTIDADE....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR..:

ENDERECO DO TITULAR

ENDERECO.....: R CONSULMEI 1130 AP 102

BAIRRO.....: PARQUE POTIRAZ

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS: \_\_\_\_\_

*[Signature]*  
FCD. Sales de A. Pocaterra  
Dir. da Seguro Social  
Maturidade

O requerente deverá comparecer a Agência para complementar o requerimento do benefício?

Sim, em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nao

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
24 JAN 2019  
07/02/2020 11:35:46



JAIME ARARIPE

Serviço Registratário

ASL-0028824/19

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:36:15

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:36:15

NOME:  
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:  
018762 01 55 2012 1 00439 020 0345008 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

CINCO ( 05 ) DE MAIO ( 05 ) DE DOIS MIL E DOZE ( 2012 )

DIA MÊS ANO

05 05 2012

HORA MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.

09:05 FORTALEZA/CE

MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.

ANTONIO BEZERRA FORTALEZA / CEARÁ

LOCAL NASCIMENTO

FORTALEZA/CE

SEXO

FEMININO

FILIAÇÃO

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

AVOS

GERALDO RODRIGUES DA SILVA

CASSIA SOUZA DA SILVA

LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO

MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO NÃO É GÊMEO

DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO

ONZE ( 11 ) DE MAIO ( 05 ) DE DOIS MIL E DOZE ( 2012 )

30-57995076-1

OBSERVAÇÕES / AVERBACÕES

Registro feito nesta data. Registro lavrado no Livro Nº A-00439, Folia Nº 020, Termo Nº 345908

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Deu M.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

*Carolina Lúcia da Souza Gomes*

Certidão Lúcia da Souza Gomes

Escrivente Autorizada

24 JAN. 2019

JAIME ARARIPE

Serviço Registratário

Titular: Dr. Jaime de Araújo Araripe Jr.  
Av. Mestre Hull - 4965 - Anísio Teixeira  
CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará  
Fone: (85) 3235-3301  
e-mail: cartorioararipe@secretaria.ce.gov.br



ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:35:46



ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
24 JAN. 2019  
07/02/2020 11:35:46



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA/NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO



- DOC. IDENTIDADE / CARTEIRA DE

98010078623

SSP

CR

CR

630.303.663-15 10/11/1981

- PESSOA -

LOIZ AUGUSTO SILVA  
FURTADO  
METREANE DE OLIVEIRA  
FURTADO

- PERMISSÃO -

PERMISSÃO

REC.

REC.

VALIDADE

10/09/2016

PR. HABILITAÇÃO

11/09/2016

CLASSIFICAÇÃO

SEM OBSERVAÇÕES

*Ano: 2016 - 09 - 10*

LEIA

SPONTÂNEA. CR

14/09/2016

*(-44-810)*

REC. REC.

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDADA EM TODO  
TERRITÓRIO NACIONAL

1158287489

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2008916868 - 7
	DATA DE EXPEDIÇÃO
	16/09/2014
NOME	
PHALOMA BRANDÃO SOUZA	
FILIAÇÃO	
MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA	
ANGELA MARIA BRANDÃO DE SOUZA	
NATURALIDADE	
FORTALEZA - CE	
DATA DE NASCIMENTO	
23/11/1998	
DOC. ORIGEM	
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 216678 FOLHA: 07	
V LIVRO: A-199 FORTALEZA - CE	
CPF	
VIA	P.: 1
Assinatura do Diretor	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.118 DE 20/08/83	



**Ministério da Fazenda**  
**Receita Federal**  
**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF**

**Número**  
**626.904.813-32**

**Nome**  
**PHALOMA BRANDAO SOUZA**

**Nascimento**  
**23/11/1998**

ESTADO FEDERATIVO DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE REGISTRO  
CIVICO, TITULAR E DE PROPRIEDADE

ANNA JESSICA DUARTE DA SILVA

EC

DOCUMENTO DE EMISSÃO N.  
2015010126028 SSP CE

CP: 026.674.413-38 DATA: 10/06/1991  
PESO: MARCOS ANTONIO SOUZA  
DA SILVA  
VANDERLUCE ARAUJO  
DUARTE

PERÍODO: 05/05/2016 - 06/05/2016

Nº MATRÍCULA: 05519-0-5100 / VENCIMENTO: 25/11/2017 / PRIMÉRCIA: 06/05/2016

ITEM OBSERVAÇÃO:

Ana Jessica Duarte da Silva

LIBERATÓRIO DO PORTADOR

LOCA: FORTALEZA, CE DATA: 03/08/2017

Liberado para  
ALTERAÇÃO DE PONTO

ASSINATURA DO PORTADOR

PROJETO PLASTIFICAR

1494276731

CEARÁ

M - 93/2018

egistro N. **765924 / 2018**

Digitacao: 03/10/2018 (JOSEBSON.DIAS)  
Livro: 1148 Página:66

viar para **DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**  
**EXAME CADAVÉRICO**

4 de outubro de 2018, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

**OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO** CRM N. 6934

proceder a exame de corpo de delito (CADAVÉRICO) em um corpo recebido no Necrotério às 21:00 de 10/2018 e identificado como sendo de

**ARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA**

informe informações contidas na Guia Policial de nº 3808 / 2018, emitida pelo (a) **07º DISTRITO POLICIAL**, escrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em ponder aos quesitos formulados:

consequência, às 07:30h de 04/10/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações e julgou necessárias, findo os quais declara:

21:00 horas do dia 03/10/2018 deu entrada no IML de Fortaleza um corpo do sexo masculino que teria sido ma de acidente de trânsito segundo a guia nº 107 - 3808/2018 que o acompanha e o identifica.

**IDENTIFICAÇÃO:** trata-se de corpo do sexo masculino, cabelos castanhos, olhos castanhos, dentes regulares, barba e bigode cultivados.

**SINTOMA:** apresenta rigidez cadavérica, resfriamento corporal, opacificação de córneas e ausência de manifestações de sinais vitais.

**ANATOMIA EXTERNA:** craniotomia parietal direita suturada recente. Fratura perna esquerda. Fratura fêmur direito. Coriações membros inferiores.

**ANATOMIA INTERNA:**

anio; fratura parietal esquerda extensa. Presença de acesso cirúrgico parietal recente. Hemorragia encefálica sanguinosa em reabsorção.

**EXAME:** à abertura da cavidade, não foram observadas alterações de interesse médico legal.

**CORPO:** à abertura da cavidade, não foram observadas alterações de interesse médico legal.

foi feita coleta de sangue para alcoolemia em virtude do lapso temporal entre o ocorrido e o óbito.

face do exposto, conclui-se que infere-se tratar de morte real por traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente.

**SPOSTA AOS QUESITOS**

**1. MEIRO - Houve morte?**

;

**GUNDO - Qual a causa da morte?**

**2. Traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;**

**3. CERILO - Qual o Instrumento ou meio que produziu a morte?**

**4. TRUMENTO - Qual o instrumento contundente;**

**5. ARTO - Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou vel?**

24 JAN. 2019



Continuação do laudo N. 765924 / 2018 Livro 1148 Página 66 Data/03/10/2018

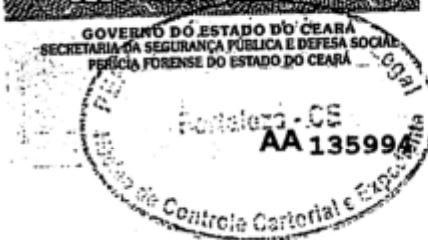
Não.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO  
CRM N. 6934

SELO DE AUTENTICIDADE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ



egistro N. 765924 / 2018

Digitacao: 03/10/2018 (JOSEBSON.DIAS)  
Livro: 1148 Pagina:66

M. 93/2018

viar para DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA  
EXAME CADAVÉRICO

4 de outubro de 2018, nesta cidade de Fortaleza, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO CRM N. 6934

a proceder a exame de corpo de delito (CADAVÉRICO) em um corpo recebido no Necrotério às 21:00 de 10/10/2018 e identificado como sendo de

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

informe informações contidas na Guia Policial de nº 3808 / 2018, emitida pelo (a) 07º DISTRITO POLICIAL escrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em ponder aos quesitos formulados:

consequência, às 07:30h de 04/10/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações e julgou necessárias, findo os quais declara:

21:00 horas do dia 03/10/2018 deu entrada no IML de Fortaleza um corpo do sexo masculino que teria sido vítima de acidente de trânsito segundo a guia nº 107 - 3808/2018 que o acompanha e o identifica.

ENTIFICAÇÃO: trata-se de corpo do sexo masculino, cabelos castanhos, olhos castanhos, dentes regulares, barba e bigode cultivados.

NATOGNOSE: apresenta rigidez cadavérica, resfriamento corporal, opacificação de córneas e ausência de manifestações de sinais vitais.

AME EXTERNO: craniotomia parietal direita suturada recente. Fratura perna esquerda. Fratura fêmur direito. Coriações membros inferiores.

AME INTERNO:

anio: fratura parietal esquerda extensa. Presença de acesso cirúrgico parietal recente. Hemorragia encefálica sanguinosa em reabsorção.

rax: à abertura da cavidade, não foram observadas alterações de interesse médico legal.

dome: à abertura da cavidade, não foram observadas alterações de interesse médico legal.

foi feita coleta de sangue para alcoolemia em virtude do lapso temporal entre o ocorrido e o óbito.

face do exposto, conclui-se que infere-se tratar de morte real por traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente.

SPOSTA AOS QUESITOS

IMEIRO - Houve morte?

n;

GUNDO - Qual a causa da morte?

umatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

RCEIRO - Qual o Instrumento ou meio que produziu a morte?

strumento contundente;

ARTO - Foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou vel?

24 JAN. 2019



Continuação do laudo N. 765924 / 2018 Livro 1148 Página 66 Data/03/10/2018

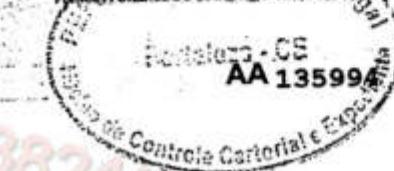
Não.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

OSMAR LEITE DE FIGUEIREDO FILHO  
CRM N. 6934

SELO DE AUTENTICIDADE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ



ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:35:52

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:35:52

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:35:52

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:35:52

ASL-0028824/19  
joao.silva.pd.2154  
07/02/2020 11:35:52