

24 JAN. 2019

CE Nº 012674978564 BILHETE DE SEGURO DPVAT

TRANSPORTE DE PASSAGEIROS POR VIA TERRESTRE

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VA	01	CPF / CNPJ	03327269361	EXERCÍCIO	2016	DATA EMISSÃO	3/06/2017
SEGURO	00037890701	PLACA	0SL6264	MODELO	902J3C4110DRL23043	CLASSE	902J3C4110DRL23043
PREMIO TARIFARIO							
FMS (R\$)	129,04	DECATIM (R\$)	14,34	CUSTO DO SEGURO (R\$)	143,38	COTA UNICA	<input type="checkbox"/>
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,13	NOT (R\$)	1,11	PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE CANCELAMENTO	10/06/2018
SEGUROADORA LIDER - DPVAT							
CNPJ 08.953.608/0001-04							

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

00559848951

000000000000

2017

HOME

ROMULO ARTUR ALVES FILHO

FORTELEZA

CPFF / CNPJ

05327269361

FLACCA ANT / UF

ACE

9C5JC4110DR123043

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

MARCA / MODELO

HONDA/CG-125 FAN KS

ANO FAB

2013
-ANO MOD

CAP / POT / CIL -

PARTIC

2P/00CV/124CC

-VENÇ. COTA ÚNICA-

PARCELAMIENTO / COTAS -

✽✽✽✽✽✽✽

PREMIO TOTAL (

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) -

DATA DE PAGAMENTO *****

OBSERVAÇÕES

[illegible]

LOCAL

PORTALEZA

ဆယ်လီယံ-၁၀၆



DATA

13/06/2016

Dr. Fco. J. S. de Vasconcelos

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

João Albert Schumann Jcs

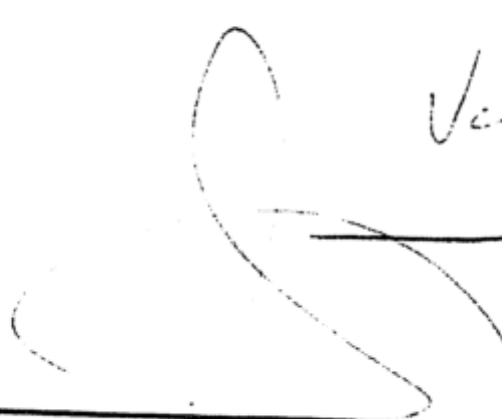
3^a feira -

8:00

II F - Centro

Tranmetologia

Fazer Bt

 Vasconcelos



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 Francisco Antonio Souza da Silva
Gua cadavérica de Nº 107-3808/18 no dia 04/10/2018
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) Liliane de Oliveira Furtado
sendo o corpo transportado para CLÍNICA DE TANATOLOGIA por transportador _____ e em seguida para inumação e velório pela funerária SBQ.



Fortaleza, 04 de Outubro de 2018.

24 JAN. 2019

Luciliana

SETOR DE ACOLHIMENTO FAMILIAR
NUTAF/COMEL/PEFOCE

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



SECRETARIA DE SAÚDE
24 horas de proteção à vida



NOTIFICAÇÃO DE ÓBITO / MORTE ENCEFÁLICA

Solicito à 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: <u>Marcos Antônio Souza da Silva</u>		Data Nascimento: <u>04/24/1972</u>	Nº Prontuário: <u>5582796</u>
Identidade:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo	Naturalidade:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem
Nome do Pai: <u>Gerardo Rodrigues Sousa</u>		Nome da Mãe: <u>Marcia Rita de Cássia S. da Silva</u>	
Endereço: <u>R. Alzir Sampaio, 266</u>	Bairro: <u>Presidente Kennedy</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	UF: <u>CE</u>
Profissão:	Local e Hora da ocorrência que determinou o Internamento h min		
Local da Morte: <u>IJF - Centro</u>	Data da Morte: <u>02/10/2018</u>	Hora da Morte: <u>22: h 56 min</u>	
Informações Sobre o Óbito ou Motivo do Internamento: <u>TCE grave, vítima de acidente de moto. Fx. exposta de fêmur.</u>			
Ass. / Carimbo Enf. Plantão <u>[Assinatura]</u>		Data: <u>03/10/2018</u>	Hora: <u>13:20h</u>
Ass. / Carimbo Encarregado IJF			

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

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

[illegible]

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Lucimeiry de Oliveira Furtado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

24 JAN. 2019

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 97002318981

DATA DE EMISSÃO 05/08/2015

NOME LUCIMEIRY DE OLIVEIRA FURTADO

RELACÃO LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO

HEIRIANY DE OLIVEIRA FURTADO

NATURALIDADE FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO 21/08/1978

DOC. ORIGEM CERT. CASAM... C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO:4 ZONA TERMO:24110

FOLHA:230 LIVRO:B 41 FORTALEZA - CE

CPF 833.833.953-91

2 VIA

Ass. Secretário de Identificação

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

P.: 1

Scanned by CamScanner



CARTÓRIO MELO JUNIOR
10º OFÍCIO DE NOTAS PÚBLICAS
Rua Major Fausto, 660 Fortaleza
Fone: 3252-2112

A presente cópia fotostática confira com o original exibido nestas Notas Públicas. O referido é verdade. Dou fé.
Fortaleza.

15 OUT 2018

Em test.
RAFA
Escritor
VALIDO



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:

Saibam 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** - declaram 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) *Fda*, 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 *Fda* da verdade

Fernanda Almeida de Moura
Fernanda Almeida de Moura
Escrevente Autorizada



24 JAN. 2019

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rômulo Artur Alves Filho

RG nº 2002009026417 data de expedição 12/09/2002

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 053.272.2693-61 com
domicílio na cidade de Cancaia no Estado de
Ceará onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua CNS Melo nº 1130

complemento Ap 102 declaro sob as penas da Lei que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Marcelo Antônio Souza da Silva cujo o condutor era

Marcelo Antônio Souza da Silva

Veículo: moto
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



Rômulo Artur Alves Filho

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO
Moreira
de Deus

10º Tabelionato de Notas de Fortaleza
R. Caetano Montenegro, 70 - Monte Castelo - Fortaleza / CE - CEP 60.325-720
Fone: (85) 3223-9565 | Site: www.cartoriomoreiradeus.net.br
Tabela: Maria de Fátima Botelho Moreira de Deus

Reconheço por Autenticidade a(s) firma(s) abaixo:
ROMULO ARTUR ALVES FILHO

Dou fé.

Fortaleza, 24/01/2019

Válido somente com o selo de autenticidade.

Em testemunho da verdade
Andreza Cavalcante de Farias - Esc. Autorizada

Código de verificação de autenticidade: 876315



CE Nº 012674978564 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2016 13/06/2016

VIA CPF / CNPJ PLACA
01 05327269361 08L6254

RENAVAM MARCA / MODELO Nº CHASSI
00337048701 HONDA CB 125 9C2JC4110DR123043

ANO FAB. CAT. BREV. Nº CHASSI
2013 09 9C2JC4110DR123043

PRÊMIO TARIFÁRIO

RNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
129,04	14,34	143,38
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGADO (R\$)
4,15	1,11	292,01
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO		10/06/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 03.343.608/0001-04

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012674978564
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA CÓD. RENAVAM R.M.T.R.C. EXERCÍCIO
PPT 01 00559848951 0000000000 2016

NOME
ROMULO ARTUR ALVES FILHO

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ PLACA
05327269361 08L6254/CE

PLACA ANT. / UF CHASSI
/CE 9C2JC4110DR123043

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/GB 125 FAN KS 2013 2013

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/0CV/124CC PARTIC PRETA

I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
	*****	*/**/*	1*****
	FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2*****
	*****	*****	3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
FORTALEZA 13/06/2016

Igor Ponte
DETRAN-CE

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

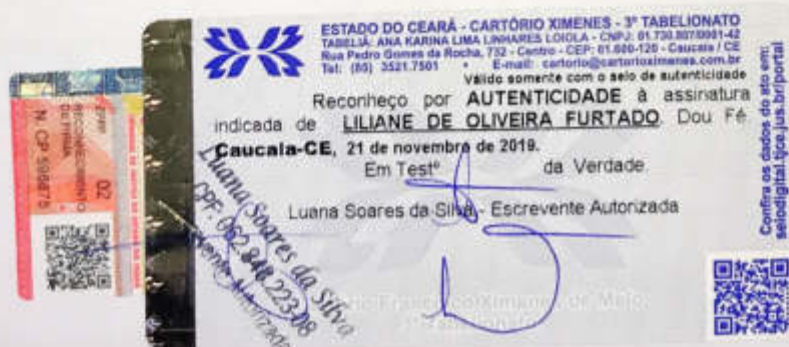
LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, inscrita no CPF sob o nº 630.383.663-15, portadora da cédula de identidade RG nº 98010078623 SSP/CE, residente e domiciliada na Rua Consunel Melo, nº 1130, Apto. 102, Potira, CEP: 61.650-370, Caucaia – CE, solicito a exclusão do pleito indenizatório do seguro DPVAT (sinistro 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



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 Nº 445/2012

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

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0031** CONTA: **76070** 7 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **03/10/2018**
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 teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **3** Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **4** Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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 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 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

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

Phaloma Brandão Souza
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Ana Jessica Duarte da Silva
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
 Profissão: Assistente Comercial
 Identidade: 0615401622 CPF: 026.674.413-38
 Endereço: Rua J34 Wsa 623 Sem Bairro Caucaia

OUTORGADO:

Nome: Romaria do Nascimento Luana
 Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada
 Profissão: Autônoma
 Identidade: 08437373362 CPF: 011.747.743-55
 Endereço: Rua Poliquiana, 1208 Polina Caucaia

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 SEGURADORA 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 mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Marcos Antonio Souza da Silva

Caucaia - ce 17/01/2019

Local e data

Ana Jessica Duarte da Silva
 Assinatura do Outorgante
 (reconhecer firma por autenticidade)

Cartório de
Jurema

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DO DISTRITO DE JUREMA

Av. Dom Amadeu Lustosa, 1520, Parque Albano - Caucaia - Ceará - Cep 61.040-000 - Fone (051) 3440001-02 - 34411104

Cartório Jurema - Tel. 05-3237-1070
 Ana Cláudia Carvalho Bezerra - Tabelião

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

Do qual dou fe. Caucaia-CE 17 de janeiro de 2019

Selo(s): 148411-CM

IVANILZA ROCHA Franco Barrios - Escrevente
 Carimbo 698030 Total: R\$ 4,48 Pedido: 90

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

DEFERIDA Nº CM 148411 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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

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 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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

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 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

ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de óbito
Comprovação de ato declaratório
Documentos de identificação
Laudo do IML - Necropsia
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 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
1º OFÍCIO DE NOTAS PÚBLICAS
Rua Major Fausto, 660 Fortaleza
Fone: 3252-2112

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas Notas Públicas. O referido é verdadeiro. Dou fé.
Fortaleza.

15 OUT 2018

Em test
RAPA
Schmidt
VALUOS



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:

Saibam 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** - declaram 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) *Fda*, 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 *Fda* 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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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 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

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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 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 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

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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 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

LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

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 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

PHALOMA BRANDAO SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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 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

ANA JESSICA DUARTE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

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, contatos 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

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

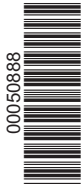
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação	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.
Certidão de casamento	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



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:

Documentos de identificação	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.
Certidão de casamento	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



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:

Comprovante de residência	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



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:

Certidão de casamento	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. 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



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



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



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



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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL

CNPJ da vítima

456.263.503-20 **Marcos Antonio Souza da Silva**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSSEP Nº 445/2012

Nome completo

Filiani de Oliveira Feitosa

Profissão

Rua CNS nulo

Bairro

Caucaia

E-mail

may.venosa@atfnet.com

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

RENDA MENSAL

☒ MENOS DE UM SALÁRIO
☐ ATÉ R\$1.000,00
☐ DE R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ DE R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para a conta aberta em nome do segurado DPVAT)

☐ Banco do Brasil (001)
☐ Bradesco (237)
☐ Itaú (341)
☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: **3053** CONTA: **40.506**

Autorizo a seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha propriedade, o valor da indenização/rendimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo e dando, desde já e somente após a efetivação da transferência, 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 estou impossibilitado de apresentar, laudo de Instituto Médico Legal (IML), em os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região de residência ou da minha residência para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região de residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícia, com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Refo motivo alegado, não há o preenchimento do formulário de indenização do Seguro DPVAT, no qual a vítima ou seu representante legal deve apresentar, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, com o valor a ser pago, não podendo ser contestado em qualquer hipótese, sob pena de anulação da indenização e consequente perda da cobertura do Seguro DPVAT.

MORTE

INVALIDEZ PERMANENTE

DADOS CADASTRAIS

Nome

Caucaia - 23/01/2019

CNPJ

Assinatura de quem assina a DPVAT

Filiani de Oliveira Feitosa

Assinatura de vítima/beneficiário (se não, antes)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Representante Legal (se não, antes)

24 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não assinou o documento de indenização, portanto, não pode ser considerado beneficiário do Seguro DPVAT. A vítima/beneficiário deve assinar o documento de indenização, com a presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a não fazer qualquer alteração no documento de indenização, sob pena de anulação da indenização e consequente perda da cobertura do Seguro DPVAT. É necessário anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência, contendo o endereço atualizado, para apresentação e assinatura.

24 JAN. 2019

Scanned by CamScanner



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: 456.263.593-20 CTP da vítima: Marcos Antônio Souza da Silva Nome completo da vítima: 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 Duarte da Silva CPF: 026.674.413-38

Profissão: Vendedora Endereço: Rua 114, 220 Número: 623 Complemento: Casa

Bairro: 2200 metrópole Cidade: Caucaia Estado: CE CEP: 61600-000

E-mail: mar.romero@hotmail.com Tel. (DDD) 97188819

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926 CONTA: 31887 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 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 exposto, solicito o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.054/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu resultado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorçado ☐ 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 não deixou companheiro(a), informar o nome completo: Lidiane Oliveira Furtado

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 Filhos: Vítima deixou herdeiros (val nascer)? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/vivos vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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: Caucaia - a 23/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGÓ
Ana Jéssica Duarte da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: Lidiane Oliveira Furtado
CPF: 835.833.953-91
2ª Nome: Lidiane Oliveira Furtado
CPF: 600.667.453-85
Assinatura Assinatura

24 JAN. 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, com capacidade legal, para preencher e assinar o presente formulário, A SELI ROGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar 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

Scanned by CamScanner



6277 8015 9169 3019

VALIDATE 08/21

ANA JESSICA DUARTE SILVA
0926 013 00031887-2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NT do sinistro ou ALE: **456.263.593-20** CPF do vítima: **456.263.593-20** Nome completo da vítima: **Marcos Antonio Souza da Silva**

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

Nome completo: **Phaloma Brandão Souza** CPF: **626.904.813-32**
 Profissão: **Autônoma** Tr. **São Sebastião** Número: **153** Complemento:
 C/ma: **Pes. Kennedy** Cidade: **Fortaleza** Estado: **Ce** CEP: **60.355.520**
 E-mail: **(85) 3046-1120**

Declaro, para todos os fins de direito, que a(s) informação(s) acima informada(s) são verdadeiras e corretas. (ANEXAR CÓPIA)

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL: ☒ R\$ 0,00 ☐ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 até R\$ 2.000,00 ☐ R\$ 2.001,00 até R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 até R\$ 4.000,00 ☐ R\$ 4.001,00 até R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 até R\$ 6.000,00 ☐ R\$ 6.001,00 até R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 até R\$ 8.000,00 ☐ R\$ 8.001,00 até R\$ 9.000,00 ☐ R\$ 9.001,00 até R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para contas abertas em nome do beneficiário)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Toda de banco)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA: **3469** ☒ CONTA: **39580** **3**

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de acordo com o valor da indenização/ressarcimento do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, resarcimento e danos, danos e despesas por acidente de trânsito, quitando total do valor devido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não apresentei ou não apresentarei laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

Pelo motivo acima, solicito o processamento da análise e entrega do pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada. Constatando, desde já, em meu nome, a exclusão da indenização por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei nº 1.347/04, art. 3º, § 1º, inciso III, não que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura suspensão de indenização por invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Cel) ☒ Divorciado ☐ Viúvo ☐ Viúva Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: **Filha** Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não **Luciene Oliveira Furtado**

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **03** Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso aprovado, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquele beneficiário que se apresentar e provar 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 399 do Código Penal.

Local e Data: **Fortaleza - Ce 23/01/2019**

Nome:

CPF:

Phaloma Brandão Souza

Assinatura do representante legal (se houver)

Phaloma

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: **José Roberto Barros**

CPF: **600.067.453-85**

Assinatura: **José Roberto Barros**

2ª Nome: **Lucimery de Oliveira Furtado**
 CPF: **833.833.953-91**
 Assinatura: **Lucimery de Oliveira Furtado**

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não poderá usar este formulário para fins de pedido de indenização por invalidez permanente, devendo apresentar o presente formulário, em duas (2) cópias, juntamente com a documentação necessária, para o requerimento de indenização por invalidez permanente, devendo anexar cópia da identidade, CPF e comprovante de residência. **24 JAN. 2019**

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DO VITÍMA.

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 ASI: 3190062998 3 - CPF da vítima: 456.263.593-20 4 - Nome completo da vítima: Marcos Antonio Souza da Silva

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

5 - Nome completo: Karliane Furtado da Silva (mãe) 6 - CPF: 086.659.343-83
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Consuelo Melo 9 - Número: 1130 10 - Complemento: apt. 102
11 - Bairro: Póvoa II 12 - Cidade: Caucaia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.650-370
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 85.99424.5400

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: Liliane de Oliveira Furtado
18 - CPF do Representante Legal: 630.383.663-15 19 - Profissão do Representante Legal: Promotora 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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ 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: Itaú

AGÊNCIA: 878 9 CONTA: 57626 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 03/10/2018

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: Liliane de Oliveira Furtado

28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 3 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 4 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não apresentado

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 - 1ª Nome: Emmauelc. Jorgina Moura de Silva de con. 1ª
CPF: 662.169.233-91
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Liliane de Oliveira Furtado

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 ASL: _____ CPF da vítima: **456.263.593-20** Nome completo da vítima: **Marcelo Antonio Souza da Silva**

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

Nome completo: **Phaloma Brandão Souza** CPF: **626.904.813-32**
Profissão: **Autônoma** Endereço: **Tr. São Sebastião** Número: **153** Complemento: _____
Bairro: **Pes. Kennedy** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60.355.520**
E-mail: _____ Tel (DDD): **(85) 3046-1120**

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:
(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, desde já, 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 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei P. 154/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: **Filha** Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Vítima deixou com quem habitar, informar o nome completo: **Marlene Oliveira Furtado**

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **03** Filhos: **03** Vítima deixou nascido (ou nascido)? ☐ 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 àquele(s) beneficiário(s) 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.

Assinatura da vítima/beneficiário declarando:
Local e Data: **Fortaleza - CE 23/01/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO
Phaloma Brandão Souza
Assinatura da vítima/beneficiário declarando

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **João Paulo Barros**
CPF: **600.063.453-85**
JPB
Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preenchê-lo e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do 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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 456.263.593-20 Nome completo da vítima: Marcelo 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 Duarte da Silva CPF: 026.674.413-38

Profissão: Vendedora Endereço: Rua 114, 220 Número: 623 Complemento: Casa

Bairro: 22.00 metropole Cidade: Caucaia Estado: CE CEP: 61600-000

E-mail: marcelo.silva@hotmail.com Telefone: (85) 97188819

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

RENDAS MENSAL:

☒ RECUSO 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\$3.000,00 ☐ 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926 CONTA: 31887 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 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 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: Caucaia - a 23/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Ana Jéssica Duarte da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª | Nome: Geovani Pinto Bone
CPF: 600.667.453-85

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-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.

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 Nº 445/2012

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

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:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **0031** ☐ CONTA: **76070** ☐ 7 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

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

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

- ☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

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 teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: **3** Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: **4** Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, 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 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 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 POTIRA 2**
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: **POTIRA** 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. 200 reais - FURTADO

Histórico

Que é esposa da vítima fatal de acidente de trânsito que ocorreu no local acima indicado; Que está registrado 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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 7.º DISTRITO POLICIAL

Impresso nº 2018128218

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 6610 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO NAIRTON ARAÚJO GONÇALVES - MAT.: 30114612

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco de Oliveira Junior*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

24 JAN. 2019



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 201977207

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 107 - 689 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza 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: **POTIRA**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** AnoFabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **ROMULO ARTUR ALVES FILHO** Situação: **NÃO****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****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Liliane de Oliveira Furtado****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

Names 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.

2ª 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
RAIMUNDA BEZERRA DE ALCANTARA - Escrevente



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

15 OUT 2018

Em test. da verdade

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Escritor Autenticado - Portaria do A.T. 2014 nº 13 da 853594
Principio Somente com Selo de Autenticidade



Poder Judiciário
Estado do Ceará
Selo Digital de Fiscalização
SELO 4 - CERTIDÃO/SEGUNDA
VIA/SEGUNDO TRANSLADO
AAC078997-A1B2
Confira os dados do ato em:
selodigital.tjce.jus.br/



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00430 020 0345908 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 ANTÔNIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)				
NÃO 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-00430, Folha Nº 020, Termo Nº 345908.				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Carmin Lucia de Souza Gomes

Carmin Lucia de Souza Gomes
Escrevente Autorizada

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Titular: Del. Jaime de Alencar Araripe Jr.
Av. Mister Hull - 6965 - Antônio Bezerra
CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará
PABX: (85) 3235-3301
e-mail: cartorio@secrel.com.br



24 JAN. 2019



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 020 0345908 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

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

DIA

05

MÊS

05

ANO

2012

HORA MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.

09 05 FORTALEZA-CE

MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.

ANTÔNIO BEZERRA FORTALEZA / CEARÁ

LOCAL NASCIMENTO

FORTALEZA-CE

SEXO

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

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

NÃO NÃO É GÊMEO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

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

DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO

30-57995076-1

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

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

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Lucia de Souza Gomes
Carmem Lucia de Souza Gomes
Escrivente Autorizada



JAIME ARARIPE

Titular: Bel. Jaime de Araripe Jr.
Av. Mister Hull - 4965 - Antônio Bezerra
CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará
PADIX: (85) 3295-3301
e-mail: cartorio@secrel.com.br

24 JAN. 2019

Cartório de Registro
Civil de Mandubim
Rua Clemente Silva 251
Manganga - CEP: 60.711-665



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 110 0005155 78

SEXO	COR	ESTADO CIVIL / RESIDE
Masculino	Parda	Separado judicialmente.

NATURALIDADE	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	SUFIXO
Fortaleza-CE	RG Nº 90001017735 SSP/CE, CPF Nº 456.263.593-20	Ign

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

DATA E HORA DO FALECIMENTO	DEA	MES	ANO
Três de outubro de dois mil e dezoito, às 13h20min.	03	10	2018

LOCAL DE FALECIMENTO
Hospital UJ Centro, Fortaleza-CE

CAUSA DA MORTE
Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO	DECLARANTE
CEMITERIO PARQUE DA SAUDE CAUCAIA-CE	LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, RG Nº 98010078823, CPF/MF Nº 630.363.663-15, profissão Promotora de Vendas, estado civil solteira, residente Rua Consuel nº1130 Aptº102 Parque Polira II

NOME E Nº DE DOCUMENTO (DOS) MÉDICO(S) QUE ATTESTAR(AM) O ÓBITO
Osmar Leite de Figueiredo Filho, CRM 3934/CE

AVERBAÇÕES / ADOTAÇÕES À ACQUIESCER
Ato registrado no livro C-12, às folhas 110, sob 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, no termo.

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

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

Nome do Oficial
Serviço de Registro Civil de Mandubim

Oficial Registrador
Alexandra Jackson Moura Rolim Silva

Município/UF
Fortaleza/CE

Endereço
Rua Clemente Silva, 251A - Mandubim

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



Regina L. D. Almeida
Regina L. D. Almeida
Escritorante Autorizada

arpenceara AA 000468593 P

24 JAN. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE ÓBITO

NOME

MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA

177
456.203.593-20

MATRÍCULA:

018515 01 56 2018 4 00012 113 0005155 78

SEXO: Masculino COI: Parda ESTADO CIVIL E IDADE: Separado judicialmente

NATURALIDADE: Fortaleza-CE DOCTORES/PAIS DE IDENTIFICAÇÃO: RG: Nº 90001017735 SSP/CE, CPF Nº 456.203.593-20 ESCRITOR: Ign

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

DATA E HORA DO FALLECIMENTO: Três de outubro de dois mil e dezoito, às 13h20min. DIA: 03 MÊS: 10 ANO: 2018

LOCAL DO FALLECIMENTO: Hospital IJF Centro, Fortaleza-CE

CAUSA DA MORTE: Traumatismo crânio encefálico por instrumento contundente

SEPULTAMENTO/CREMAÇÃO: CEMITÉRIO PARQUE DA SAUDE CAUCAIA-CE DECLARANTE: LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO, RG Nº 98010078623, CPF/MF Nº 630.363.663-15, profissão Promotora de Vendas, estado civil solteira, residente Rua Consueli nº1130 Aptº102 Parque Polira II

NOME E Nº DE DOCUMENTO (DAS) MÉDICO(A) QUE ATTESTA O FALLECIMENTO: Osmar Leite de Figueiredo Filho, CRM 3934/CE

AVERBAÇÕES/ANOTAÇÕES À ATENÇÃO: Ato registrado no livro C-12, às folhas 113, sob o nº 5155. Data de 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 na margem de termo.

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 Oficial: Alexandre Jackson Moura Azeiteiro

Oficial Registrador: Alexandre Jackson Moura Azeiteiro
Município/UF: Fortaleza/CE

Endereço: Rua Clemente Silva, 2518 - Manduim



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

Assinatura
Escritório Autorizado

AA 000468593

arpenceara

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	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA			NOME DO PAI: GERALDO RODRIGUES SOUSA DA SILVA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: PADRE ALZIR SAMPAIO		Nº: 266	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 934781248	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 80355260	
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:	COSIDO DO CNAER:		
AÇOLHIMENTO 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 Publica	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:			

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 131
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA: 17/01/2019
MATERIAL: 13826
Assinatura: 

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	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA RITA DE CASSIA SOUZA DA SILVA				NOME DO PAI: GERALDO RODRIGUES SOUSA DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: PADRE ALZIR SAMPAIO		Nº: 266	BAIRRO: PRESIDENTE KENNEDY			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 934781248	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CÉP: 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:	COSIDO DO CNAER:				
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 Publica	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condição:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA:					

Nº DO CLIENTE
7420588-9
Para pagar seu atendimento, utilize o nº 8000
 número que estará em seu cartão de crédito

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei nº 10.438,
 de 26 de abril de 2003.
Rua Padre Vilhena, 150
 CEP 60135-040 Fortaleza-CE
 CNPJ 07.047.251/0001-79 CEE 06.115.845-3

CONSUMO
Consumo Total

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA [GRUPO B I SÉRIE B-4 I Nº 445567884]
 Rota 05 2200V/12 268515 - 3 Data de Emissão 09/09/2016
 Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO
 End. Postal RU CHS MELO 01130 AP 102
 POTIRA II - CAUCAIA - 60000000
 Medidor 5018880 Poste 0000 0000
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFÁSICO Fator de Potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 630383663-15 CGF
 Nome do Responsável

DADOS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO								
Idade de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta								
09/2016	09/09/2016	11/10/2016	Conjunto 15204								
			Mês	0,11			DIO 20,00				
DADOS			Padrão Individual								
Idade de Cálculo (MS)	Aficiência	Valor do Imóvel	Mensal			Anual			Apuração Individual		
09-00	100%	17,81	DIC	0,29	0,55	41,19	0,00	1,00	0,00		
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	0,44	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00		
RGT 5018-TE-01-EEB4-1715-1302-40-6-1300			DMIC	0,45			0,00				

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Cont.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Conv. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
732	636	1,00	96	0,00	96	0,17202	16,50		
09/09/16	09/09/16		31,738		31		5,50		
DESCRIÇÃO							VALOR (R\$)		

24 JAN. 2019

Nº DO CLIENTE**403122-9**

Plano de faturamento mensal, válido a partir de 01/01/2017
 Valores em reais, com duas casas decimais.

Atividade Social de Energia Elétrica
 Habilitado pelo LEP nº 10.480
 de 26 de abril de 2007

Comissão Energética de Cessão
 Rua Pedro Vitorino, 110
 CEP-20125-000 | Fortaleza-CE
 CNPJ 07.001.100-70 | CEP 08.105.840-3

enei**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N°****4859.00092**

Data 13/01/2017 18:15:00 - 2

Data de Emissão 20/01/2017

Nome VIRGÍNIA DA SILVA BRUNDAO

End. Postal BR SAO SEBASTIAO 00253

PRESIDENTE KENNEDY - 10

EZA - 60355520

Medidor 3 x 9601

Potência 1138 L44W

Classe BI-RESIDENTE 13 BUNOTASSICO

Fator de Potência 0,88

RG / CPF / CNPJ 24-19-11-87

CGF

Nome do Responsável

DADOS

Atividade	Data de	Revisão
Ref. Anual	Atualização	Próxima Leitura
31/12/2017	01/01/2018	02/01/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja o Regimento Interno da ENEI
 Condição de Serviço 5,00
 Medição 5,00
 Qualidade 5,00

ÍNDICE

Índice	Classe	Índice
5,00	5,00	5,00

Potência Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
4,5	13,5	13,5	4,5	13,5	13,5

24 JAN. 2019

9950913

A Tarifa Social de Energia Elétrica
estabelecida pela Lei nº 10.428
de 26 de abril de 2002Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3Para agilizar seu atendimento, utilize o e-mail
sempre que entrar em contato conosco.

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

556488738

Rota 03 22005 15 034600 - 7

Data de Emissão 04/01/2019

Nome ROMARA DO NASCIMENTO VIANA

End. Postal RU POTIGUARA 01208

POTIRA - 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 Jan/2019
Data da Apresentação 04/01/2019
Previsão Próxima Leitura 06/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Nov-2018

Mês DIC18 = 0,00 F

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 42,05
Alíquota 27,00%
Valor do Imposto 11,35

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

439A.4CEB.E167.082F.E175.4894.96EA.8B1E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. F	Consumo (kWh)	Cons. Incl. C	Cons. Fat. C	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 17879	17812	1,00	59	2,00	59	3,72584	42,05
04/01/19	10/12/18		25 DIAS		56		42,05

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	42,05
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,35

VENCIMENTO

10/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

51,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	15,64
Transmissão	1,67
Distribuição	6,98
Encargos Setoriais	2,39
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ...	13,46
TOTAL	42,05

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Jan	Feb	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez
00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00	00

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (R\$CO ₂)
22,64	0,00	

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O 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 ENEC AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,10 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,514 e COFINS=4,17%
(Art. 7, Lei. 104.086 - 1996 e Lei. 10.137 - 2001 - 12.741/2012)Parcelado em 12 meses, com adiantamento no valor de energia a ser vendido para o
consumidor. Informações: www.aneel.gov.brNº do Cliente:
Data de Emissão: 9950913Referência:
Total a Pagar (R\$): Jan/2019

24 JAN, 2019



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B, Série B 4, N° 556958347

Companhia Energética da Ceará

Rua Padre Valdepinh, 140 | 11.º | 21.250-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CEP 60085-888-3

A Nota Fiscal de Energia Elétrica

é emitida pela Lei nº 76.436 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 05 022005 12 093800

Medidor

Posto

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

5018880

0000 0

Endereço Postal

Esta é a segunda via de
JAN/2019Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

7420588

9

VENCIMENTO

15/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

106,73

End. da Unidade Consumidora RU CNS MELO 01130 AP 102 POTIRA II CAL/C/IA 60000000

RG / CPF / CNPJ 630.383.663-15 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

FP 3344 3268 1 76 0 76

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☐ Valor (R\$)ENERGIA
CONSUMO

76 0,72504 55,10

DATAS DE LEITURA

Data de Última
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

08/01/2019

07/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

6E8C.76A4.89F8.7692.E5A2.A143.FB0B.A329

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
55,10 27% 14,87

OUTROS PAGAMENTOS

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT

9,35

QUOTA PROPORCIONAL PARCELAMENTO IMPORTE TO

42,28

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

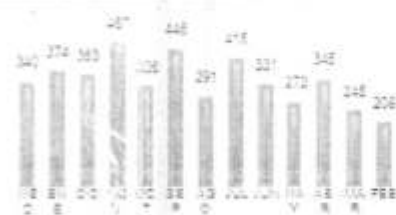
Veja a segunda no verso desta conta. CM: 22,02

Conjunto

Mes: NOV/ 2018

	Potência Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
ODI (h)	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00
FIC (h)	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
DATC (h)	0,00			0,07		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Mês Consumo

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Componente kg (CO₂) Consciência Ecológica (% CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica eficiente

N° do Cliente: 7420588-9

Data de Emissão: 31/01/2019

N° da Nota Fiscal: 556958347

Referência: JAN/2019

Total a Pagar (R\$): 106,73

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B (Série B.4) N° 559596359

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdeirino, 182 | CEP: 60025-040 | Fortaleza (CE)

CNPJ: 07.043.251/0001-70 | CG: 06.105.810-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei n° 10.438 de

28 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Rota: 18 01150 23 033800

Medidor

Posto

Nome: ANGELA MARIA DA SILVA BRANDAO

8949504

1000 Y31P

Endereço Postal

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

2011951

8

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

VENCIMENTO

01/02/2019

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☐ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP

31117

30938

1

179

0

179

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade

Tarifa

Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão:
AprovaçãoPrev. Próxima
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\$)

129,78

Alíquota

27%

Valor do Imposto

35,04

OUTROS PAGAMENTOS

TÍTULO DE CAPITALIZAÇÃO BOA AÇÃO BOA SORTE

2,99

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-CAP

10,10

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica CO₂

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

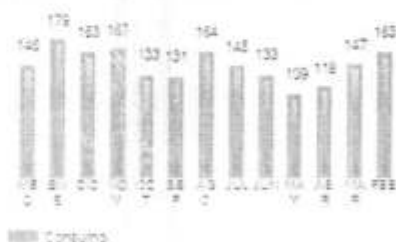
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,97

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 (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

Autenticação eletrônica cliente

N° do Cliente:

2011951-8

N° da Nota Fiscal: 559596359

Total a Pagar (R\$): 142,87

Data de Emissão:

31/01/2019

Referência: JAN/2019

N° de Controle: 0002011951 00232 4379 2 81

83800000001-7 42870031000-8 00020119510-0 02324379250-5



Nº do Cliente:

7420588

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

enei

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 100

CEP 60125-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CCE 06.105.048.0

Para regular seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 062528605

Rota CAS05U12 - 93800

Referência 05/2020

Nome LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO

Endereço RU CNS MELO, 01130 - AP 102, POTIRA II, 61600-004,
CAUCAIA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 11/05/2020

Medidor 5571341-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

50015033564C3394EVJ2787E8CR0403

DATAS DE LEITURA

P.F.: 30 dias

Anterior

08/04/2020

Atual

11/05/2020

Próxima prevista

09/06/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
EP	4.084	4.693	1.00	105	90	105	0,77067	80,92

DADOS DO FATURAMENTO

JUROS MORATORIOS
CONSUMO

TARIFA

VALOR (R\$)

0,66
80,92

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	80,92	27,00	21,85
PIS	80,92	0,77	0,62
COFINS	80,92	3,53	2,85

VENCIMENTO

18/05/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

81,5

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ

630.383.663-15

Emissões de CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pela aquisição de energia elétrica.Consumo em kWh (CO₂) | Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

0,00%

MARA ADRIANA FINTO

ET PARA SAO JOSE, 39, CENTRO

TIANGUA - CEP: 62320-000

Codificacao: 010.001.0096.0490.0000.00.00

Padrao do imovel: MEDIO

Emissao: 09/06/2020
Leitura: 352967053014723
Leitura: 0408
Data: 09/06/2020
H: 07:54:25
R: 049
Via: 001

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Publica: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen ^{m³}	Média Semestral (m³)
AGUA	A10F182554	21	23	2	2

DATAS

Leitura atual: 09/06/2020 Emissao: 09/06/2020 Lucro agua: 3277639

Leitura anterior: 09/05/2020 Proxima leitura: 09/07/2020

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 04/2020

No de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	052	052	010	052	052
Analisadas	026	026	026	026	026
Em conformidade	026	026	026	026	026

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA
MULTA DE 2%
JUROS DE 0,033% AO DIA

Valor (R\$)

40.30
2.47
1.51

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano	Agua (m³)	Esgoto (m³)
jun/19	1	0
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\$)
PIS	0.42
COFINS	2.11

SUBSIDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	45.08
VALOR DO SUBSIDIO	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. Agua tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE



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

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 08.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
28 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

4300794

DV 5

VENCIMENTO

20/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

93,47

DESCRIÇÃO DA CONTA

DADOS DO CLIENTE

Rota 06 022000 02 0132600

Medidor

25062483

Poste

0000 0

Nome VANDERLUCE ARAUJO DUARTE

Endereço Postal

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

RG / CPF / CNPJ 712.401.443-34

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

FP 8199 8114 1 85 0 85

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/

Apresentação

09/01/2019

Prev. Próxima

Leitura

09/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7E7C.4FCA.D1F3.60FA.5DF6.58BA.F926.318D

ICMS

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

21,90

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
DEC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,00		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

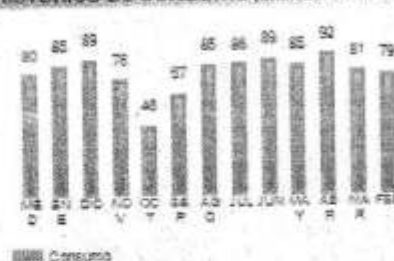
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

autenticação mecânica cliente

N° 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 00043007940-0 00934304259-6



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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² 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 Nazimento Viana inscrito (a) no CPF sob o Nº 033.747.743 / 55 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Uma pessoa Duarte da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 026.674.413 / 38 do sinistro de DPVAT cobertura Morte da Vítima Marcos Antonio Souza da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 456.263.593 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a 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 Potiguara</u>		Número <u>1208</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Polina</u>	Cidade <u>Caruaru</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>61600-000</u>
Email <u>may.viana@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(85) 30461120</u>	Telefone celular (DDD) <u>(85) 9718 8819</u>

Caruaru a 23 de 05 de 2019
Local e Data

Romero

Assinatura do Declarante

24 JAN. 2019

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

IP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 456.263.593-20 Nome completo da vítima: Marcelo Antonio Souza da Silva

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

Nome completo: Biliani de Oliveira Furtado CPF: 630.383.663-15

Profissão: vendedora Endereço: Rua CNS milo Número: 1130 Complemento: Ap. 102

Bairro: Polina II Cidade: Bauracura Estado: ac CEP: 6600-000

E-mail: may.senara@hotmail.com Telefone: (85) 97188819

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Sempre para os bancos citados. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Para todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/embolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo o direito, desde que eu consenta com a efetivação do crédito, liberação 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 de Laudo Médico (IML) a fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realizou perícia, 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 11.472/07, art. 2º, § 1º, entendendo que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordar da decisão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☒ Casado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: 03/10/2018

Grau de Parentesco com a vítima: Companheira Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: Biliani de Oliveira Furtado

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 Filhos Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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 (ou a dos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando vivos), ainda, do que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 329 do Código Penal.

Local e Data: Bauracura - ac 01/02/2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura do quem assina A RSCG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Biliani

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: JOSEVAN SANTO BARROS

CPF: 600.067.453-85

JOSEVAN

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A RSCG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidedignidade ao inteiro teor do conteúdo, antes do 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

CPF do sinistro ou ASU:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

456.263.593-20 **Marcelo Antonio Souza da Silva**

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

Nome completo: **Phalema Brandão Souza**

CPF: **626.904.813-32**

Profissão: **Autônoma** Endereço: **Rua Fria Edilson Bad 02**

Número: **624** Complemento: **Ap. 02 BL A17**

Bairro: **Pres. Kennedy** Cidade: **Recife**

Estado: **PE** CEP: **60336-190**

E-mail: **mar.souza@hotmail.com**

RG: **8597188819**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALAR UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (poupança para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (para os bancos)

Nome do BANCO: **Brasil**

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: **3469** CONTA: **39580** **3**

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, 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 estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinilar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não emite laudos para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência emite laudos 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 da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 247/4, art. 3º, §1º, inciso II, entendendo que esta minha ação não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de indenização, caso contrário não seja concedido.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: **Filha** Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não

Vítima deixou como herdeiro(a), informar o nome completo: **Gilvane Oliveira Furtado**

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tiver filhos, informar quantos: **03**

Vítima deixou herdeiros (ou herdeira): ☐ Sim ☒ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso direito à indenização do Seguro DPVAT por morte de único beneficiário que se apresentarem e provierem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa acarretará a perda do direito de ressarcimento recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **Caruaru 01/02/19**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RORR

Phalema Brandão Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

Marcelo

TESTEMUNHA

1ª Nome: **Lucimery de Oliveira Furtado**

CPF: **833.833.953-91**

Lucimery de Oliveira Furtado

Assinatura

2ª Nome: **Josuan Pinto Barros**

CPF: **600.069.453-85**

Josuan

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Prejudicado (se houver)

(*) 4 vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RUGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a carilhe o ônus de cumprir o disposto no inciso II do art. 3º da Lei nº 247/4 e 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: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou AGL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: **Filiani de Oliveira Furtado** Endereço: **Rua CNS nulo** Cidade: **Caucaia** Estado: **CE** CEP: **630.383.663-15** Complemento: **1130** M7000

Profissão: **Vendedor** Baixa: **Polícia II** Emissão: **may. renova@lateral.com** (assinatura) Data: **15/09/2018** (assinatura)

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

RENDA MENSAL: ☒ RECEBIMENTO MENSAL ☐ SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00 ATÉ R\$1.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO NA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA CORRENTE (13333333333333333333) Nome do BANCO: **Brasf**

AGÊNCIA: **0053** CONTA: **40.506** (assinatura)

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária indicada, a minha indenização, o valor de indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recebendo e dando, desde já e somadas, a quitação e a liberação total do valor recebido.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região de residência ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ IML que atenda a região de residência ou da minha residência realizou perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAME (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☒ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: 456.263-593-20 Nome completo da vítima: 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 Duarte da Silva CPF: 026.674.413-38

Profissão: Vendedora Endereço: Rua 114, 220 Número: 623 Complemento: Casa

Bairro: 2200 metrópoli Cidade: Caucaia Estado: CE CEP: 61600-000

E-mail: maf.namor@hotmail.com Telefone: (85) 97188819

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

RENDA 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\$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 OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926 CONTA: 31837 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 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 justificado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, sem me submeter à avaliação médica das costas da Seguradora Líder sobre verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☒ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: 03/10/2018

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

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos vivos: 03 Filhos: _____ Vítima deixou herdeiros (ou nascidos)? ☐ 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 aos únicos 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: Caucaia - CE 23/01/2019

Nome: _____

CPF: _____

[*] Assinatura de quem preenche a RGD: Ana Jéssica Duarte da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

Assinatura do Promotor (se houver): _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: Luciano Oliveira Furtado

CPF: 835.833.953-91

Assinatura: Luciano Oliveira Furtado

2ª Nome: Jerson Pinto Bone

CPF: 600.067.453-85

Assinatura: _____

24 JAN. 2019

[*] A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SELI RGD3, na presença do 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cópia do inteiro teor do documento, 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 ASI: 3190062998 3 - CPF da vítima: 456.263.593-20 4 - Nome completo da vítima: Moncos Antonio Souza da Silva

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

5 - Nome completo: Karliane Furtado da Silva (mãe) 6 - CPF: 086.659.343-83
7 - Profissão: Rua Consuelo Melo 8 - Endereço: 1130 9 - Número: ap. 102
11 - Bairro: Petropolis II 12 - Cidade: Caucasia 13 - Estado: CE 14 - CEP: 61.650-370
15 - E-mail: 85.99424.5400 16 - Tel (DDD):

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: Biliane de Oliveira Furtado
18 - CPF do Representante Legal: 630.383.663-15 19 - Profissão do Representante Legal: Procuradora 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:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ 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: Itaú

AGÊNCIA: 878 9 CONTA: 57626 4
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☐ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 Líder 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: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 03/10/2018

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: Biliane de Oliveira Furtado
28 - Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: 3 Falecidos: 0 30 - Vítima deixou nascituro (vivo/nascido)? ☐ Sim ☒ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☒ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: 4 Falecidos: 0 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☒ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não apresentado

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 - 1ª | Nome: Emmanuelc. Jorgina Moura de Silva de con
CPF: 662.169.233-91
Emmanuelc. J. M. da S. de Carvalho

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Biliane de Oliveira Furtado 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 Rafael Antonio Souza da Silva, em razão de acidente de trânsito, ocorrido em 29/09/2018, faleceu em 03/10/2018 no estado civil de uniao estável (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. <u>Martiana Furtado da Silva</u>	<u>filha (menor)</u>		<u>086.659.343-83</u>
2. <u>Poliana Brito da Silva</u>	<u>filha</u>	<u>30039163637</u>	<u>626.904.813-32</u>
3. <u>Ana Jessica Duarte da Silva</u>	<u>filha</u>	<u>3005010138038</u>	<u>035.674.413-38</u>
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 Diliane de Oliveira Furtado (uniao estável) - apresentou declaração de exclusão de pleito

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.

Sinf. 16/03/2020

LOCAL E DATA

Diliane de Oliveira Furtado

ASSINATURA DO DECLARANTE

LOCAL E DATA

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>Diliane de Oliveira Furtado</u>	<u>9801008423</u>	<u>630.383.663-15</u>	<u>x Diliane de Oliveira Furtado</u>
2.			

DADOS DAS TESTEMUNHAS

NOME COMPLETO	RG	CPF	ASSINATURA
1. <u>Emmanuelle Pinheiro Moreira da Silva de Carvalho</u>	<u>98001017043</u>	<u>668.164.833-91</u>	<u>Emmanuelle Silva</u>
2. <u>Maria Luana da Costa Barros Lucas</u>	<u>2015118652-3</u>	<u>629.125.283-33</u>	<u>Maria Luana</u>

(*) OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

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

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: **456.263.593-20** Nome completo da vítima: **Marcelo Antonio Souza da Silva**

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

Nome completo: **Phaloma Brandão Souza** CPF: **626.904.813-32**
Profissão: **Autônoma** Endereço: **Tr. São Sebastião** Número: **153** Complemento: _____
Bairro: **Pes. Kennedy** Cidade: **Fortaleza** Estado: **CE** CEP: **60.355.520**
E-mail: _____ Tel (DDD): **(85) 3046-1120**

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (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: CONTA:
(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, desde já, 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 do 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 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 as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei P. 154/74, art. 3º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☒ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **03/10/2018**

Grau de Parentesco com a vítima: **Filha** Vítima deixou companheiro(a): ☒ Sim ☐ Não Vítima deixou com quem habitar, informar o nome completo: **Marlene Oliveira Furtado**

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: **03** Filhos: **3** Vítima deixou nascido (ou 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 àquele(s) beneficiário(s) 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.

Assinatura da vítima/beneficiário declarando:
Local e Data: **Fortaleza - CE 23/01/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A SEU ROGO
Phaloma Brandão Souza
Assinatura da vítima/beneficiário declarando:

TESTEMUNHAS
1ª Nome: **João Paulo Barros**
CPF: **600.063.453-85**
Assinatura: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preenchê-lo e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do 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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 456.263.593-20 Nome completo da vítima: Marcelo 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 Duarte da Silva CPF: 026.674.413-38

Profissão: Vendedora Endereço: Rua 114, 220 Número: 623 Complemento: Casa

Bairro: 22.00 metrópoli Cidade: Caucaia Estado: CE CEP: 61600-000

E-mail: marcelo.silva@hotmail.com Telefone: (85) 97188819

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO 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\$3.000,00 ☐ 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0926 CONTA: 31887 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 realize perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☒ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: 03 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 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: Caucaia - a 23/01/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Ana Jéssica Duarte da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª | Nome: Geovani Pinto Bone
CPF: 600.667.453-85

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-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.

[illegible][illegible]

CARTÓRIO

6º OFÍCIO DE NOTAS PÚBLICAS

Rua Major Façanha, 500 - Curitiba
Fone: 3252-1112

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS

Em test.

da verdade

15 OUT 2018

Fonleza:

O referido é verdade. Dou fe.

A presente copia fotográfica cotejarei com o original e bido essas Notas Públicas.

Repete-se autêntico em 09 de Out de 2018 na sala 00394 Valendo sempre com esta de autenticidade



2 VIA
 CPF 630.383.663-15
 LIVRO: A-48 FORTALEZA - CE
 CERT. NASCIMENTO - CARTEIRO: 1 OFÍCIO TERMO: 55705 FOLHA: 233
 DATA DE NASCIMENTO 13/11/1981
 MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO
 LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO
 LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO
 980100078623
 09/05/2014
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/83
 ASSINATURA DO DIRETOR
 P. 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Nome de Oliveira, Augusto
 Assinatura do Titular

Polegar Direito






JAIME ARARIPE
Serviço Registral

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00430 020 0345908 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 ANTÔNIO SOUZA DA SILVA LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO				
AVÓS				
GERALDO RODRIGUES DA SILVA CASSIA SOUZA DA SILVA LUIZ AUGUSTO SILVA FURTADO MEIREANE DE OLIVEIRA FURTADO				
GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)				
NÃO 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-00430, Folha Nº 020, Termo Nº 345908.				

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Carmin Lucia de Souza Gomes

Carmin Lucia de Souza Gomes
Escrevente Autorizada

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Titular: Del. Jaime de Alencar Araripe Jr.
Av. Mister Hull - 6965 - Antônio Bezerra
CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará
PADX: (85) 3235-3301
e-mail: cartorio@secrel.com.br



24 JAN. 2019

[illegible]

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

ÂNGELA MARIA BRANDÃO DE SOUZA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 23/11/1998

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERM: 218678 FOLHA: 07

V LIVRO: A-199 FORTALEZA - CE

CPF

1 VIA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P.: 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INQUILINA E PERÍCIAS GIOVETTI/AS

Polgar Direto

Phaloma Brandão Souza

Ministerio da Fazenda

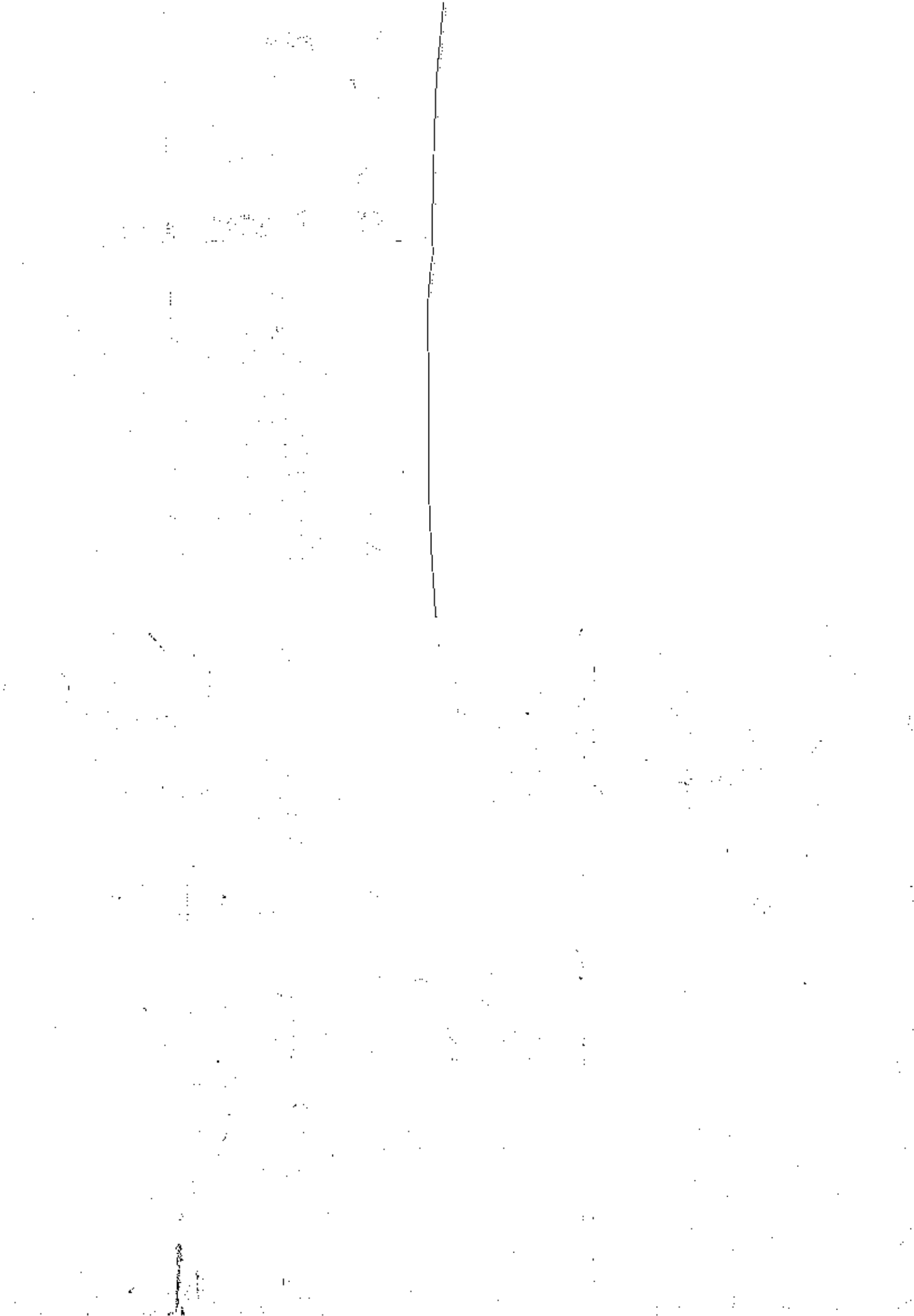
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 626.904.813-32

Nome PHALOMA BRANDAO 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

ÂNGELA MARIA BRANDÃO DE SOUZA

NATURALIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 23/11/1998

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERM: 218678 FOLHA: 07

V LIVRO: A-199 FORTALEZA - CE

CPF

1 VIA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

P.: 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INQUILINIA E PERÍCIAS SOCIOFÍSICAS

Polgar Direto

Phaloma Brandão Souza

Ministerio da Fazenda

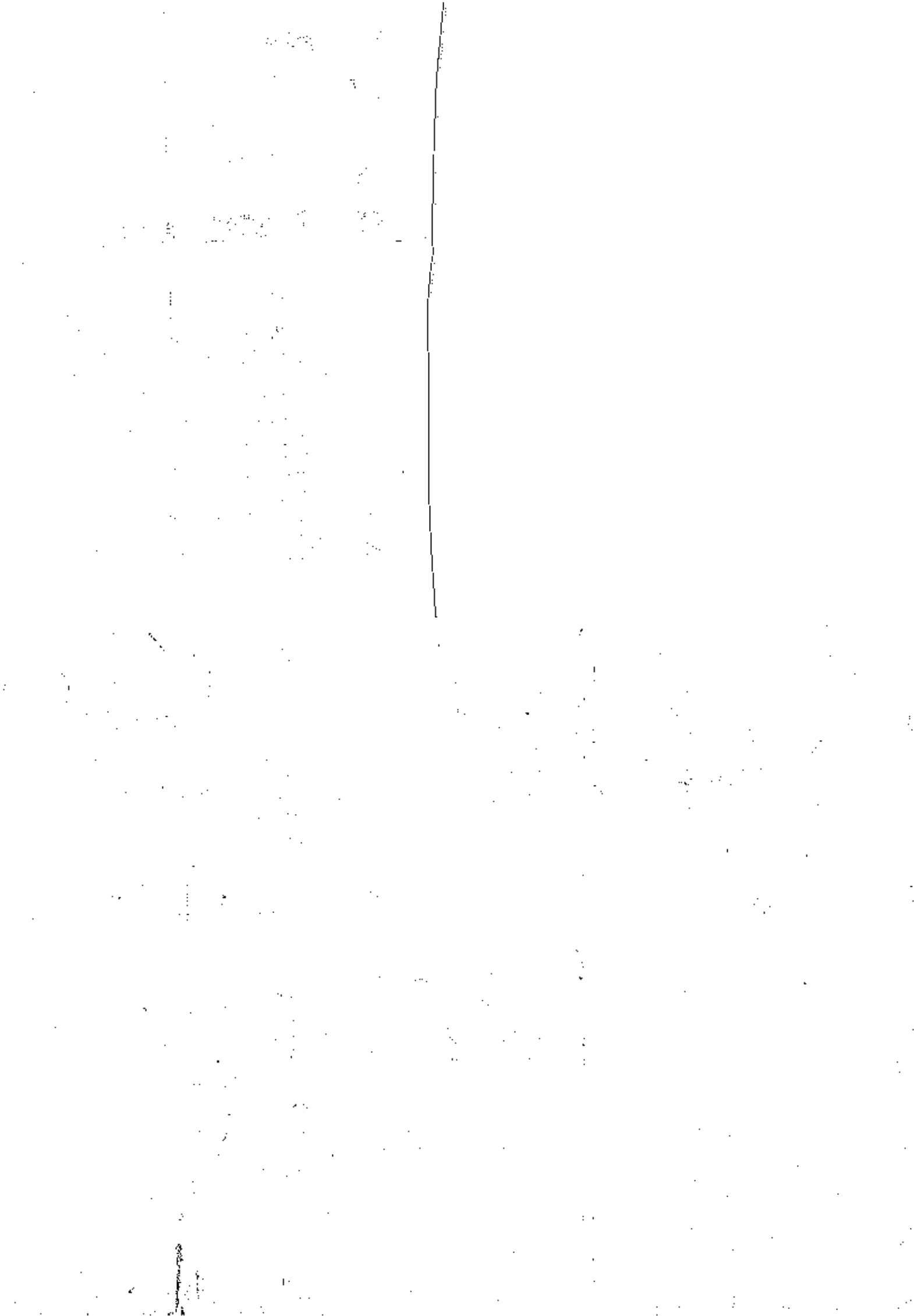
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número 626.904.813-32

Nome PHALOMA BRANDAO SOUZA

Nascimento 23/11/1998



[illegible]

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: COMERCARIO 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	Descontos	Valor Liquido
901,00	0,00	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

CIPS.....: 00000000

SERIE.....: 00000000

DATA EMISSAO.....:

UF.....: CE

IDENTIDADE.....:

DATA EMISSAO..:

UF.....:

ORGAO EMISSOR.:

ENDEREÇO DO TITULAR

ENDEREÇO.....: R CONSULMEL 1130 AP 102

BAIRRO.....: PARQUE POTIRA

CEP.: 61650-370

MUNICIPIO.....: CAUCAIA

UF.: CE

DDD.....: 085

TELEFONE: 89618270 RAMAL.:

DATA

31/10/18

MATRICULA: 00000155818

ASS:

Fco. Sales de A. Pereira
Sec. do Seguro Social
Mat. 12345678

O requerente devesa comparecer a Agencia para complementar o requerimento do beneficio?

[] Sim, em ____/____/____

[] Nao

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

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

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

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Em test
da verdade
15 OUT 2018
Portaleza, Dou re.
O referido e verdade. Dou re.
A presente com a assinatura com
U original e sendo assinada por Publicas.

Cartão de Identificação
Rua Major Facundo, 655 - Fátima, 1113
Fone: 3252-2113
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
RUA MAIOR FACUNDO, 655 - FÁTIMA, 1113
FONE: 3252-2113

Autenticação
Nº HV 146338
FOLHA 146338
Autenticação
Nº HV 146338
FOLHA 146338

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

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

Portaleza, CE
LOCAL
ABRIL 2019
DATA EMISSÃO
26605569734
CN 122913574

Observações
SERV. OBSERVAÇÃO

Assinatura
Assinatura do titular

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
NOME: MARCOS ANTONIO SOUZA DA SILVA
CPF: 9000101735
RG: 9000101735
DATA NASCIMENTO: 04/04/1972
FILIAÇÃO: GERALDO RODRIGUES DA SILVA
CASO: CASO DA SILVA
FOTO: [FOTO]

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
316071425

Proibido Plástico
316071425



JAIME ARARIPE
Serviço Registral

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
MARLIANE FURTADO DA SILVA

MATRÍCULA:
018762 01 55 2012 1 00439 020 0345908 20

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

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

DIA

05

MÊS

05

ANO

2012

HORA: MUNICÍPIO NASCIMENTO / U.F.

09:05 FORTALEZA-CE

MUNICÍPIO REGISTRO / U.F.

ANTÔNIO BEZERRA FORTALEZA / CEARÁ

LOCAL NASCIMENTO

FORTALEZA-CE

SEXO

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

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

NÃO NÃO É GÊMEO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

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

DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO

30-57995076-1

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

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

O conteúdo da Certidão é verdadeiro. Dou fé.

Antônio Bezerra, 11 de Maio de 2012.

Lucia de Souza Gomes
Carmem Lucia de Souza Gomes
Escritor Autorizada



JAIME ARARIPE

Titular: Det. Jaime de Araripe Jr.
Av. Mister Hull - 4965 - Antônio Bezerra
CEP 60.356-001 - Fortaleza - Ceará
PADIX: (85) 3235-3301
e-mail: cartorio@secrel.com.br

24 JAN. 2019

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

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

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

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Em test
da verdade
15 OUT 2018
Portaleza, Dou re.
O referido e verdade. Dou re.
A presente com a assinatura com
U original e sendo assinada por duas pessoas com
Portaleza, Dou re.

Cartão de Identificação
RUA MAJOR FACUNDO, 555 - PORTALEZA
Fone: 3252-2113
03
AUTENTICAÇÃO
Nº HV 146338
FOLHA 146338

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

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

316071425
Proteção Plástica

LOCAL: PORTALEZA, CE
DATA EMISSÃO: 08/09/2010
ASSINATURA DO TITULAR: *Antônio Souza da Silva*
ASSINATURA DO EMISSOR: *Antônio Souza da Silva*
SERIALIZAÇÃO: 26605569734
CN: 1222913574

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

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

316071425
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
NOME: ANTONIO SOUZA DA SILVA
CPF: 9000101735
SSP: CE
DATA NASCIMENTO: 04/04/1972
FILIAÇÃO: GERALDO RODRIGUES DA SILVA
CASO: CASO DA SILVA
RELAÇÃO: ☐ AB ☐ AC ☐ CA ☐ CB
1ª EMISSÃO: 26/04/1990
2ª EMISSÃO: 27/08/2015



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

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

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

RAFAEL DE OLIVEIRA DIAS
Em test
da verdade
15 OUT 2018
Portaleza, Dou re.
O referido e verdade. Dou re.
A presente com a assinatura com
U original e sendo assinada por Publicas.

Cartão de Identificação
Rua Major Facundo, 555 - Fátima, 1113
Fone: 3252-2113
CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
RUA MAIOR FACUNDO, 555 - FÁTIMA, 1113
FONE: 3252-2113

Autenticação
Nº HV 146338
FOLHA 146338
Autenticação
Nº HV 146338
FOLHA 146338

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

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

Portaleza, CE
LOCAL
PORTALEZA, CE
DATA EMISSÃO
08/09/2010
CNPJ 26605569734
CNPJ 26605569734

Observações
SERV. OBSERVAÇÃO

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

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
MARCELO ANTONIO SOUZA DA SILVA
CASSIA SOUZA DA SILVA
GERALDO RODRIGUES DA SILVA
FUNÇÃO
456.263.593-20
DATA NASCIMENTO
04/04/1972
CN
9000101735
CPF
26/04/1990
1ª EMISSÃO
27/08/2015
Nº IDENTIFICACAO
01271519449
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
316071425
Proibido Plástico

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



VÁLIDA EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL

1158287489

NOME
LILIANE DE OLIVEIRA FURTADO



DOC. IDENTIDADE / CNH EXISTENTE EM
98010078623 SSP CR

CPF DATA NASCIMENTO
630.383.663-15 13/11/1981

IRMAÇÃO
LUIZ AUGUSTO SILVA
FURTADO
MEIREANE DE OLIVEIRA
FURTADO

PERMISSÃO
PERMISSÃO

NCC
000000

CATEGORIA
B

Nº REGISTRO
06459999672

VALIDADE
10/09/2016

1ª HABILITAÇÃO
11/09/2015

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

Liliane de Oliveira Furtado

ASSINATURA DO TITULAR

MUNICÍPIO
PORTALEZA, CR

DATA EMISSÃO
14/08/2015

1- V. L. P. P.

VÁLIDA EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL

PERMISSÃO PLASTIFICAR

1158287489

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE PREVENÇÃO
E CONTROLE DE DOENÇAS
SECRETARIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA

Nome
ANA JESSICA DUARTE DA SILVA



DOCUMENTO / ORG. EMISSOR Nº
2005010128028 SSP CE

CPF
026.674.413-38 Data de Nascimento
10/06/1991

Parente
MARCOS ANTONIO SOUZA
DA SILVA
VANDERLUCE APAUJO
DUARTE

RESIDÊNCIA
ACC - OUTRA

Nº INSCRIÇÃO
0561840-628

VALIDADE
03/08/2017

DATA DE EMISSÃO
06/05/2016

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1494276731

Observações
SEM OBSERVAÇÃO;

Ana Jessica Duarte da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
03/08/2017

[Assinatura]
VANDERLUCE APAUJO DUARTE

61510500116
CE160697107

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1494276731

M. 93/2018

registro N. **765924 / 2018**

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

Enviar para **DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

EXAME CADAVERICO

Em 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

Para proceder a exame de corpo de delito (CADAVERICO) em um corpo recebido no Necrotério às 21:00 de 03/10/2018 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 resposta aos quesitos formulados:

Em 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:

Às 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.

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

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

EXAME EXTERNO: craniotomia parietal direita suturada recente. Fratura perna esquerda. Fratura fêmur direito. Lesões membros inferiores.

EXAME INTERNO:

Cérebro: fratura parietal esquerda extensa. Presença de acesso cirúrgico parietal recente. Hemorragia encefálica tumores em reabsorção.

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

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

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

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

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve morte?

Sim;

SEGUNDO - Qual a causa da morte?

Traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

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

Instrumento contundente;

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

24 JAN. 2019



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE

Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL

Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Fortaleza

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



16:00
07-10-2018

registro N. **765924 / 2018**

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

Enviar para **DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**
EXAME CADAVERICO

Em 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

Para proceder a exame de corpo de delito (CADAVERICO) em um corpo recebido no Necrotério às 21:00 de 03/10/2018 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 ponderar aos quesitos formulados:

Em 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:

Em 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.

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

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

EXAME EXTERNO: craniotomia parietal direita suturada recente. Fratura perna esquerda. Fratura fêmur direito. Lesões membros inferiores.

EXAME INTERNO:

Cérebro: fratura parietal esquerda extensa. Presença de acesso cirúrgico parietal recente. Hemorragia encefálica tumores em reabsorção.

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

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

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

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

RESPONDA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve morte?

Sim;

SEGUNDO - Qual a causa da morte?

Traumatismo crânio-encefálico por instrumento contundente;

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

Instrumento contundente;

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



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 M. 6934

